 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 1 de 17

Fecha de Emisión del Informe	Día	13	Mes	05	Año	2026
-------------------------------------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-------------

Número de Informe:	2/2
Nombre:	Informe de Seguimiento a Planes de Mejoramiento
Objetivo:	Hacer seguimiento a las acciones propuestas por los procesos y dependencias derivadas de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno que se encuentran abiertas para el lapso 2018 a 2025, para determinar el cumplimiento y efectividad.
Alcance:	Se inicia con la solicitud de información y concluye con el informe que contiene el concepto de la Oficina de Control Interno.
Periodicidad:	Este informe tiene una periodicidad semestral y para este caso, se realiza con corte a febrero de 2026, teniendo en cuenta la remisión de información por parte de los procesos involucrados.

1. MARCO JURÍDICO.


El siguiente es el marco normativo relacionado con el procedimiento evaluado

- 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".
- Decreto 648 de 2017 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública".
- Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces. Versión 3.
- Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública.
- Guía de Auditoría Internas Basada en Riesgos para Entidades Públicas, Versión 4.

Marco normativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Dimensión 4 Evaluación de Resultados.

Seguimiento y evaluación de la gestión institucional: dentro de los lineamientos generales para la implementación de la Dimensión se encuentra documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación; la documentación de los resultados permite a la entidad identificar y subsanar las posibles causas de las fallas, dar recomendaciones y priorizar requerimientos a través de planes de mejoramiento.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 2 de 17

4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional

Lineamientos generales para la implementación

Identificar y subsanar las posibles causas de las fallas, dar recomendaciones y priorizar requerimientos a través de planes de mejoramiento

Dimensión 7. Control Interno.

Dentro de los lineamientos generales para la implementación de la Política de Control Interno, se encuentra la Implementación de las líneas de defensa, con respecto al tema objeto del presente informe, a la Primera Línea de Defensa le corresponde, entre otras, la formulación de planes de mejoramiento, su aplicación y seguimiento para resolver los hallazgos presentados.

Ahora bien, a la Segunda Línea de Defensa le corresponde asesorar a la 1ª línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno: i) riesgos y controles; ii) planes de mejoramiento; iii) indicadores de gestión; iv) procesos y procedimientos.


Con respecto a las evaluaciones continuas, es importante tener en cuenta que a través de la evaluación continua o autoevaluación se lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.

La segunda línea de defensa también lleva a cabo la verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones.

La tercera línea de defensa está conformada por la Oficina de Control Interno, quienes evalúan de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad y cobertura; así mismo, evalúa los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos y los que inadecuadamente son cubiertos por la 2ª línea de defensa, adicionalmente, lleva a cabo la evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos.

2. ALINEACIÓN CON EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG

Este informe de seguimiento a planes de mejoramiento se relaciona con la implementación del Sistema Integrado de Gestión SIG y está alineado con las dimensiones 4ª. Evaluación de Resultados y 7ª de

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 3 de 17

Control Interno, lo que contribuye a las directrices de sus Políticas y por ende a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por Unidad para las Víctimas.

3. PROPÓSITO DEL INFORME.

El propósito del informe de seguimiento a Planes de Mejoramiento que son producto de las auditorías que realiza la Oficina de Control Interno a los procesos y dependencias, es dar cumplimiento a la fase final (Fase 5) del proceso de auditoría interna, que de acuerdo con la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP hace referencia al “Seguimiento del Progreso”, es decir, el seguimiento a la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento que incluyen las acciones establecidas para dar tratamiento a las debilidades identificadas en las auditorías internas de gestión adelantadas por la Oficina de Control Interno, en las vigencias 2018 a 2025

El informe está dirigido a la Dirección General, los integrantes del Comité Institucional de Coordinación Control Interno, los líderes de proceso involucrados en el ejercicio, antes de control y para los terceros que tengan interés en la información o en hacer control social sobre este tema o tengan un interés académico.

Con la elaboración de este informe se pretende tener un balance con respecto a los procesos que a la fecha cuentan con debilidades abiertas, como resultado de los ejercicios de auditoría adelantados de 2018 a 2025. De igual manera, hacer una revisión de las acciones ejecutadas y verificar la efectividad de las actividades realizadas.


4. CONTEXTO DEL INFORME.

El sistema de control interno en las entidades públicas tiene tres elementos importantes; el primero es el Comité Institucional de Control Interno que da los lineamientos y adopta las decisiones estratégicas en materia de control al interior de la entidad. El segundo, es el control intrínseco que realiza cada uno de los procesos, procedimientos planes, programas y demás actividades institucionales y el tercero, corresponde a la evaluación independiente de la eficiencia y eficacia del control que realiza la Oficina de Control Interno.

La evaluación del sistema de control interno se realiza atendiendo lo dispuesto en el parágrafo del artículo 9º de la Ley 87 de 1993, el cual dispone que:

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

A partir de esta orden, la Oficina de Control Interno realiza, como uno de los mecanismos de evaluación, las auditorías a los procesos y dependencias de la entidad, lo que trae como consecuencia la comunicación de debilidades (hallazgos) del sistema de control interno, las cuales deben ser superadas por los auditados

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 4 de 17

mediante la implementación de un plan de mejoramiento con actividades, tiempos, recursos y responsables.

Una vez efectuado esta gestión, por mandato del artículo 12 literal k), la Oficina de Control Interno tiene que verificar el cumplimiento de las medidas respectivas, de donde nace la necesidad de tener este informe del comportamiento de los planes de mejoramiento que tienen los procesos y dependencias de la entidad respecto de las auditorías de control interno.

Por su parte, el artículo 17 del Título 24 del Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública” establece los roles que deben desarrollar:

“ARTICULO 2.2.21.5.3. DE LAS OFICINAS DE CONTROL INTERNO. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollan su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”. (Subrayado fuera de texto)


De ello se colige que la Oficina de Control Interno hace seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento, entendidos estos como; el conjunto de elementos de control que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, auditoría interna y de los órganos de control, así mismo se incluyen otras evaluaciones externas, como pueden ser las de organismos de certificación, en caso de que se cuente con certificaciones bajo normas internacionales.

Atendiendo los anteriores lineamientos, y teniendo en consideración el esquema de responsabilidades del Sistema de Control Interno, es importante aclarar que frente a los planes de mejoramiento en 1ª línea de defensa se encuentra el líder responsable del proceso, programa o proyecto (según corresponda), quien debe establecer el análisis de causas y determinar las acciones concretas y fechas para su logro, a fin de resolver la debilidad (hallazgo) correspondiente.

En este escenario, la responsabilidad en la efectividad de las acciones incorporadas en los planes de mejoramiento esta en la primera línea de defensa, siendo este el segmento institucional que debe mejorar el sistema de control interno el cual ha sido objeto de comunicación de debilidades para remover las causas de ellas o mitigarlas con medidas efectivas de control.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS.

La Oficina de Control Interno aplica las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGAS) para evaluar las evidencias aportadas por los responsables de los planes de mejoramiento, en virtud a lo dispuesto en el parágrafo del artículo 9º de la Ley 87 de 1993, teniendo los resultados que se citaran el este capítulo.


 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 5 de 17

Como primera actividad para adelantar el seguimiento se realizó una revisión a los informes de auditoría generados de 2018 a 2025 con el fin de validar la trazabilidad con respecto a las debilidades identificadas y el cierre de estas en seguimientos o auditorías posteriores.

A continuación, se presenta un resumen o consolidado con respecto a las auditorías ejecutadas por la Oficina en las mencionadas vigencias:

PROCESO / DIRECCIÓN TERRITORIAL	2018	2019	2020	2021 SEGUIMIENTO PM	2022	2023	2024	2025
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	X		X SEGUIM			X		
GESTIÓN CONTRACTUAL	X		X			X		
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	X							X
GESTIÓN DOCUMENTAL								X
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	X		X				X	
GESTIÓN FINANCIERA	X			X				
ADMINISTRACIÓN DE BIENES A CARGO DEL FRV - REPARACIÓN INTEGRAL	X		X		X			
REPARACIÓN INTEGRAL	X		X SEGUIM					
REPARACIÓN INTEGRAL CONTRATOS		X	X					
GRUPO FRV FASE 1 - PROCESO DE REPARACIÓN INTEGRAL FRV		X	X					
REPARACIÓN INTEGRAL - GRUPO DE RETORNOS Y REUBICACIONES								X
REPARACIÓN INTEGRAL - DIRECCIÓN DE REPARACIÓN								X
REPARACIÓN INTEGRAL - SD DE REPARACIÓN INDIVIDUAL								X
REPARACIÓN INTEGRAL - SD DE REPARACIÓN COLECTIVA								X
REPARACIÓN INTEGRAL - FRV								X
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN (OTI)		X	X			X		
DIRECCIÓN DE REGISTRO Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN					X			
DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA		X		X				X
DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETÁ HUILA		X		X			X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRAL		X		X			X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL CESAR GUAJIRA		X		X			X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES		X		X				X
DIRECCIÓN TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA		X		X			X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO		X		X				X
DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER		X		X				
DIRECCIÓN TERRITORIAL URABÁ		X		X				X
DIRECCIÓN TERRITORIAL SUCRE		X		X				X
DIRECCIÓN TERRITORIAL CHOCÓ			X		X SPM		X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL VALLE			X		X SPM			X
DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO			X		X SPM			X
DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO			X		X SPM		X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL NARIÑO			X		X SPM			X
DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO			X		X SPM		X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA			X		X SPM			X
DIRECCIÓN TERRITORIAL CÓRDOBA			X		X SPM		X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL ANTIOQUIA			X		X SPM		X	
DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR SAN ANDRÉS			X		X SPM		X	
SERVICIO AL CIUDADANO					X			X
PARTICIPACIÓN Y VISIBILIZACIÓN						X		
ASUNTOS ÉTNICOS						X		
GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA						X		X
PREVENCIÓN URGENTE Y ATENCIÓN A LA INMEDIATÉZ						X		
GESTIÓN JURÍDICA							X	

SPM: Seguimiento Plan de Mejoramiento


 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 6 de 17

Del análisis de la tabla anterior, se evidencia que un total de 43 procesos fueron objeto de auditoría durante las vigencias comprendidas entre 2018 y 2025. Es importante destacar que, para los años 2021 y 2022, las actividades se enfocaron principalmente en el seguimiento a los planes de mejoramiento formulados como resultado de auditorías realizadas en periodos anteriores, en cumplimiento de los lineamientos de control interno y mejora continua.


Con base en los informes derivados tanto de las auditorías como de los seguimientos efectuados, se lleva a cabo un ejercicio de consolidación de la información por proceso, identificando las debilidades que, a la fecha de este análisis, permanecen abiertas.

La siguiente tabla presenta un resumen de los procesos en los cuales se identificaron debilidades abiertas, con el fin de facilitar su análisis, seguimiento y toma de decisiones orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno y la gestión institucional.

PROCESOS CON PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	DEBILIDADES ABIERTAS	CUMPLIMIENTO ENTREGA INFORMACION	VIGENCIA DEBILIDADES ABIERTAS
Dirección Territorial Chocó	14	SI	1-2020, 2024.
Dirección Territorial Cesar Guajira	8	SI	2024
Dirección Territorial Eje Cafetero	9	SI	2024
Dirección Territorial Córdoba	4	SI	2024
Dirección Territorial Central	7	SI	2024
Control Interno Disciplinario	9	SI	1-2018,2024
Gestión Jurídica	2	SI	2024
Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca	14	NO	2019-2024,
Dirección Territorial Caquetá Huila	14	SI	2019-2024.
Dirección Territorial Atlántico	7	SI	2024

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 7 de 17

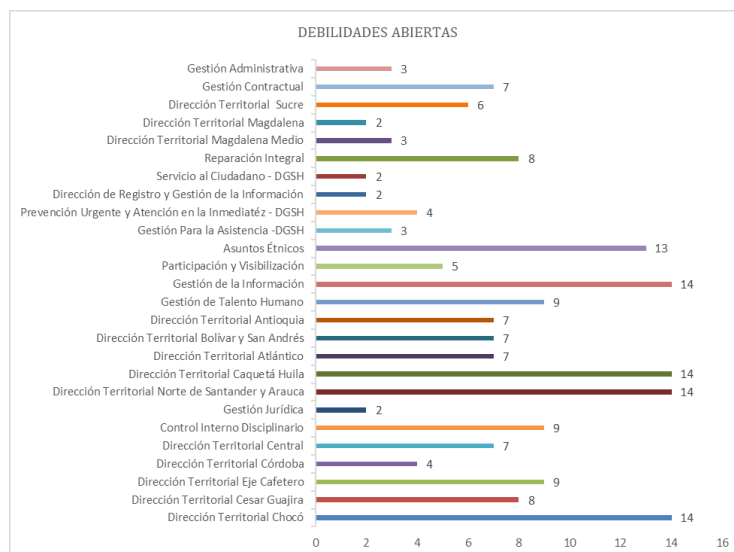
PROCESOS CON PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	DEBILIDADES ABIERTAS	CUMPLIMIENTO ENTREGA INFORMACION	VIGENCIA DEBILIDADES ABIERTAS
Dirección Territorial Bolívar y San Andrés	7	SI	2024
Dirección Territorial Antioquia	7	SI	2024
Gestión de Talento Humano	9	SI	2018-2023
Gestión de la Información	14	SI	2019-2023
Participación y Visibilización	5	SI	2023
Asuntos Étnicos	13	SI	2023
Gestión Para la Asistencia -DGSH	3	SI	2023
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez - DGSH	4	NO	2023
Dirección de Registro y Gestión de la Información	2	SI	2022
Servicio al Ciudadano - DGSH	2	SI	2022
Reparación Integral	8	NO	2019-2022
Dirección Territorial Magdalena Medio	3	SI	2020
Dirección Territorial Magdalena	2	SI	2020
Dirección Territorial Sucre	6	NO	2019


 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 8 de 17

PROCESOS CON PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	DEBILIDADES ABIERTAS	CUMPLIMIENTO ENTREGA INFORMACION	VIGENCIA DEBILIDADES ABIERTAS
Gestión Contractual	7	SI	2018-2023
Gestión Administrativa	3	SI	2018
Total	183		

A partir de la tabla anterior, de los 43 procesos auditados, 29 presentan debilidades abiertas a la fecha, que en total representan 253 debilidades, de acuerdo con las vigencias revisadas (2018-2024), lo que significa que a estos 26 procesos se realizó el requerimiento de información, el cual fue efectuado a través de correo electrónico enviado a los líderes de proceso el 04 de diciembre de 2025 y cuya fecha límite de entrega de la información era el 22 de diciembre de 2025, no obstante, en algunos casos la remisión de la información se realizó de forma posterior.

Al requerimiento de la Oficina de Control Interno, algunos líderes no dieron respuesta al requerimiento, aun cuando se reiteró el día 21 de enero de 2026, por lo tanto, estos procesos no fueron contemplados en el presente análisis y se relacionarán más adelante. Como se puede observar en la gráfica siguiente, se realiza el análisis del estado actual de las debilidades abiertas por dependencia, con el fin de identificar niveles de avance, concentración de hallazgos y necesidades de intervención.



 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 9 de 17

Los resultados evidencian una concentración de debilidades en algunas dependencias, lo que sugiere la necesidad de priorizar acciones para el cierre oportuno de los planes de mejoramiento. En particular, se identifican como dependencias con mayor número de debilidades abiertas: Gestión de la Información, Dirección Territorial Caquetá Huila, Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca, y Dirección Territorial Chocó, cada una con 14 debilidades; así como Asuntos Étnicos con 13. Lo anterior se constituye en un riesgo institucional para el logro de las metas y la mejora continua de los procesos.

En un segundo nivel, se ubican dependencias con un número de debilidades entre 8 y 9; como Gestión de Talento Humano, Control Interno Disciplinario, Dirección Territorial Eje Cafetero, Reparación Integral y Dirección Territorial Cesar Guajira. Estas áreas requieren un monitoreo permanente para asegurar avances sostenidos.

Por su parte, otro grupo de dependencias presenta un nivel de debilidades entre 5 y 7, lo que evidencia una gestión moderada de los planes de mejoramiento. En este nivel se encuentran, entre otras; Gestión Contractual, Dirección Territorial Antioquia, Atlántico y Central, así como Participación y Visibilización.


Finalmente, se identifican dependencias con un número de debilidades abiertas entre 2 y 4, lo que refleja un mejor comportamiento en la gestión y cierre de acciones. Entre estas se destacan Servicio al Ciudadano – DGSB, Dirección de Registro y Gestión de la Información, Gestión Jurídica, y algunas Direcciones Territoriales como Magdalena y Magdalena Medio.

Por lo tanto, para estos procesos, así como para todos los que respondieron el requerimiento, fue llevada a cabo la revisión y análisis de la información, con el fin de establecer el posible cierre de las debilidades pendientes, información que se relaciona más adelante en el informe.

Uno de los aspectos que llama la atención a la Oficina de Control Interno es la falta de compromiso de los líderes de las siguientes dependencias, quienes no dieron respuesta a la Oficina de Control Interno, aun con la reiteración hecha. Al respecto se tendrá en consideración lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020 artículo 151, que dispone:

***Artículo 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno.** Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma.*

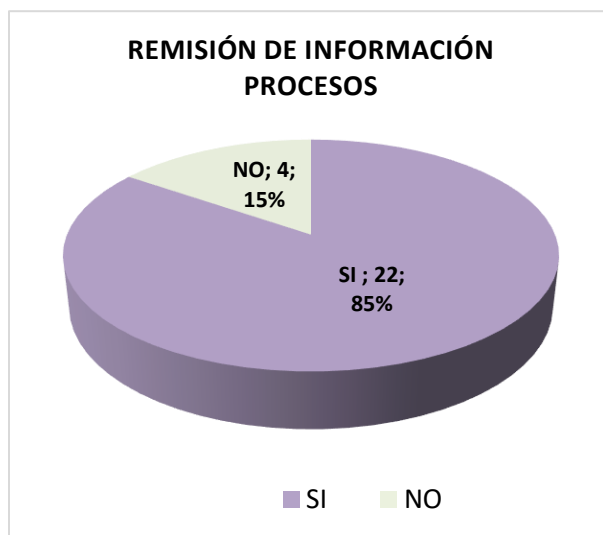
El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 10 de 17


A continuación, se relacionan los procesos que no atendieron el requerimiento de la Oficina de Control Interno ni la reiteración del mismo, como consecuencia se comunicara a control Interno Disciplinario para lo de su competencia.

PROCESOS CON PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	DEBILIDADES ABIERTAS	VIGENCIA AUDITORÍA	CUMPLIMIENTO ENTREGA
Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca	14	2019-2024	NO
Prevención Urge y Atención a la Inmediatez	4	2023	NO
Reparación Integral	8	2019-2022	NO
Dirección Territorial Sucre	6	2019	NO

La información en la tabla anterior permite concluir que de los 26 procesos que cuentan con debilidades pendientes de cierre, 22 enviaron información para revisión y análisis y 4 no atendieron el requerimiento presentado por la Oficina.



Tras consolidar la información remitida por los procesos y Direcciones Territoriales, se procede al análisis de las acciones planteadas y las evidencias aportadas. Respecto a las acciones, se validó inicialmente su coherencia con la debilidad identificada y su causa raíz. Bajo el criterio de la auditoría, se determinó si su implementación garantiza efectivamente la mitigación del riesgo, considerando que el propósito fundamental de una acción correctiva es eliminar la causa origen para prevenir la recurrencia del


 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 11 de 17

incumplimiento., en consecuencia, se evalúan las evidencias suministradas para verificar no solo la ejecución de las actividades, sino también su efectividad en el tiempo.

Se observa que en algunos procesos persisten debilidades identificadas hace dos o más vigencias. A la fecha, no existe certeza sobre la eliminación de su causa raíz y los planes de mejoramiento actuales resultan insuficientes para un tratamiento efectivo. Por lo anterior, los líderes de proceso deberán reevaluar las recomendaciones de la Oficina de Control Interno (OCI) y replantear sus controles.


A continuación, se detalla el estado final de las debilidades (cerradas frente a abiertas) vigencia 2025.

PROCESOS CON PLANES DE MEJORAMIENTO ABIERTOS	RESULTADO FINAL DE LA REVISIÓN	
	DEBILIDADES ABIERTAS	DEBILIDADES CERRADAS
Dirección Territorial Chocó	14	
Dirección Territorial Cesar Guajira	8	
Dirección Territorial Eje Cafetero	9	
Dirección Territorial Córdoba	4	
Dirección Territorial Central	7	
Control Interno Disciplinario	9	1
Gestión Jurídica	2	3
Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca	14	
Dirección Territorial Caquetá Huila	14	
Dirección Territorial Atlántico	7	
Dirección Territorial Bolívar y San Andrés	7	

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 12 de 17

Dirección Territorial Antioquia	7	
Gestión de Talento Humano	9	13
Gestión de la Información	14	
Participación y Visibilización	5	
Asuntos Étnicos	13	
Gestión Para la Asistencia - DGSB	3	2
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez - DGSB	4	4
Dirección de Registro y Gestión de la Información	2	15
Servicio al Ciudadano - DGSB	2	9
Reparación Integral	8	4
Dirección Territorial Magdalena Medio	3	
Dirección Territorial Magdalena	2	
Dirección Territorial Sucre	6	
Gestión Contractual	7	3
Gestión Administrativa	3	7
Total	183	68

Como se puede evidenciar, en la anterior tabla, para todos los procesos que cuentan con debilidades abiertas, asociadas a auditorías de vigencias anteriores a 2025 y que remitieron la información solicitada, fue posible realizar el cierre de las debilidades de acuerdo con el análisis efectuado, para algunos procesos de forma más significativa que en otros, es decir, en algunos casos, fue posible cerrar un mayor número de debilidades, con respecto a los hallazgos pendientes.

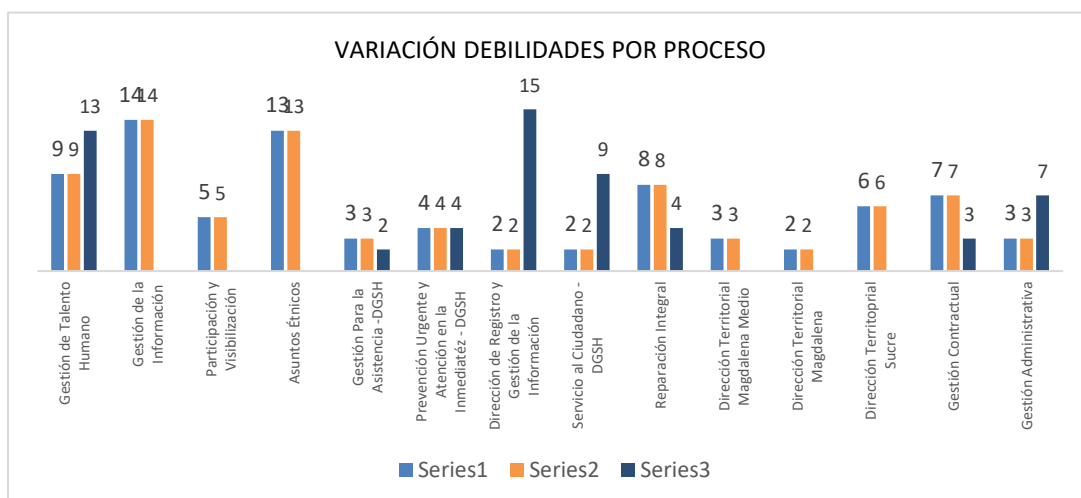
 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 13 de 17


En el marco del seguimiento a los planes de mejoramiento, se realiza la consolidación y análisis de las debilidades identificadas en los diferentes procesos de la entidad. Como resultado, se evidencia un total de 183 debilidades abiertas frente a 68 debilidades cerradas, lo que representa un nivel de cierre aproximado del 27%, reflejando un avance limitado en la implementación efectiva de las acciones correctivas.

Al analizar el comportamiento por procesos, se identifica una alta concentración de debilidades abiertas en varias Direcciones Territoriales y dependencias estratégicas, destacándose la Dirección Territorial Chocó, Norte de Santander y Arauca, Caquetá Huila y el proceso de Gestión de la Información, cada uno con 14 debilidades abiertas, así como Asuntos Étnicos con 13. Esta situación evidencia la necesidad de priorizar acciones de intervención y fortalecer los mecanismos de seguimiento, dado el riesgo que representa la permanencia de estas debilidades en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Por otra parte, se observan procesos con un desempeño favorable en el cierre de debilidades, tales como la Dirección de Registro y Gestión de la Información, que reporta 15 debilidades cerradas frente a 2 abiertas, así como Gestión de Talento Humano, Servicio al Ciudadano - DGSH y Gestión Administrativa, los cuales presentan avances significativos. Estos resultados permiten identificar buenas prácticas en la gestión de planes de mejoramiento, susceptibles de ser replicadas en otros procesos. No obstante, se evidencian múltiples procesos que no registran debilidades cerradas, lo que puede estar asociado a debilidades en la formulación, ejecución o seguimiento de los planes de mejoramiento. Esta situación resulta crítica, en tanto puede generar acumulación de hallazgos y afectar la mejora continua del sistema de control interno.

En términos generales, el análisis evidencia una gestión de los planes de mejoramiento al interior de la entidad, con diferencias significativas en el nivel de cumplimiento entre procesos. En este sentido, se hace necesario reforzar las estrategias de seguimiento, control y acompañamiento, con el fin de garantizar la efectividad de las acciones correctivas y contribuir al fortalecimiento del sistema de control interno.



 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 14 de 17

ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTORICO.

Aunque no se dispone de un histórico de varios periodos, la comparación entre la primera y la segunda gráfica permite analizar el comportamiento y la variación de las debilidades por proceso, constituyéndose en una línea base para mediciones futuras.

Del análisis conjunto se observan los siguientes comportamientos:

Tendencia general a la disminución

En la segunda gráfica se evidencia una reducción importante en varios procesos frente a la primera medición, destacándose:

- Gestión de Talento Humano (disminuye de 22 a 11)
- Dirección de Registro y Gestión de la Información (de 17 a 2)
- Servicio al Ciudadano (de 11 a 2)


La comparación entre ambas gráficas evidencia una tendencia general de mejora en varios procesos, reflejada en la disminución de debilidades; sin embargo, persisten procesos con comportamiento estable que requieren seguimiento.

Este ejercicio permite establecer una línea base sólida, a partir de la cual se podrá evaluar en el futuro el comportamiento histórico y la sostenibilidad de las acciones de mejora implementadas.

6. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

La Oficina de Control Interno, en relación con el seguimiento a planes de mejoramiento y su importancia en el campo de la mejora continua, considera lo siguientes riesgos, además de los identificados y tratados en el mapa de riesgos institucional.

- a. Riesgo de Gestión asociado a la reiteración o mantenimiento a lo largo del tiempo, de incumplimientos asociados a hallazgos identificados, debido a la no gestión o tratamiento oportuno y cierre de los mismos.
- b. Riesgo de fuga del conocimiento debido a la rotación de personal y líderes de proceso que impida o dificulte el proceso de mejora continua, análisis de causas y seguimiento a las acciones correctivas planteadas para los diferentes hallazgos identificados en el proceso.
- c. Riesgo con respecto a ejercicios de análisis de causa no profundos o rigurosos por parte de los responsables, que impidan el establecimiento de acciones efectivas que permitan dar cierre contundente a los hallazgos identificados.
- d. Riesgo asociado al cierre de debilidades, con base en la información reportada por los procesos y que aparentemente resulta coherente y efectiva con base en la debilidad identificada pero que posterior al cierre del hallazgo genere nuevamente la materialización del riesgo.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 15 de 17

7. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

La Oficina de Control Interno, luego de realizar el análisis de las evidencias a partir de las NAGAS y del uso de estadística blanda concluye que:

Hay casos donde las acciones planteadas no corresponden a medidas de fondo que permitan dar solución efectiva a la debilidad identificada, aun cuando podrían aportar a mejorar la situación, no permiten dar cierre al hallazgo detectado, con el riesgo de volverse reincidentes y generar impactos negativos para la entidad. Para ver el detalle con respecto al análisis de cada debilidad, se sugiere revisar archivo Excel, correspondiente a cada proceso revisado.

Lo anterior puede deberse a que el análisis de causas en algunos casos no sea lo suficientemente profundo para llegar a determinar las acciones que efectivamente eviten que se vuelva a presentar la situación que dio lugar a la debilidad.


Con el fin de minimizar la ocurrencia de situaciones reincidentes, es necesario que los planes de mejoramiento que se formulen sean de resultado, es decir, que resuelvan a fondo la situación evidenciada. En este caso es importante que los líderes definan controles puntuales que muchas veces requerirán la aplicación de revisiones, y validaciones que vayan más allá de la aplicación de capacitaciones, actualización de procedimientos o manuales y remisión de correos recordando los lineamientos, las cuales no eliminan la causa raíz de los incumplimientos presentados.

Es importante validar con la segunda línea de defensa, en este caso particular la Oficina Asesora de Planeación, el rol que le es asignado de acuerdo con la normatividad y lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con respecto a los planes de mejoramiento, con el fin de que exista la consolidación acompañamiento y asesoría en este sentido a los líderes de proceso y que en coordinación con la Oficina de Control Interno se implementen estrategias que permitan una mejora significativa sobre el particular.

Se sugiere que desde la segunda línea de defensa se fortalezca el acompañamiento y asesoría para las áreas responsables en cuanto a la formulación y monitoreo de las acciones del plan de mejoramiento, propendiendo por la correcta estructuración de las acciones y efectividad de éstas y fortaleciendo la identificación de la causalidad (real) para la consecuente definición de la acción de mejora (igualmente real, realizable, medible, como mínimo). Igualmente, que desde este rol se incentive a las áreas a generar acciones de tipo preventiva que generen valor a la gestión desarrollada en la entidad.

8. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO

Dentro del Sistema de Control Interno y específicamente como uno de los componentes a partir de los cuales se implementa el MECI Modelo Estándar de Control Interno, como herramienta de implementación del mismo, se encuentran las actividades de monitoreo; parte de este monitoreo se ejecuta a través de las auditorías internas realizadas por la Oficina De Control Interno, como elemento fundamental del Sistema;

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 16 de 17

así mismo, a través de las auditorías se evalúa la eficacia, eficiencia y economía de los demás controles de la entidad, ejerciendo así el rol como tercera línea de defensa; de esta manera se comprende la importancia que el ejercicio de auditoría representa dentro de la entidad.


La mejora institucional se da cuando se cumplen las acciones que se establecen para corregir y evitar que vuelva a presentarse el error o incumplimiento reportado a través de las debilidades identificadas en auditoría. Esta responsabilidad de definición e implementación del plan de mejoramiento recae principalmente sobre los líderes de proceso (primera línea de defensa), quienes deben garantizar el análisis de causa y tratamiento de hallazgos a través de acciones que permitan atacar las causas raíz que les dieron lugar; sin embargo, el papel de la OAP, así como de la OCI, son fundamentales en el seguimiento, acompañamiento y asesoría a los procesos en este ejercicio.

Como resultado del seguimiento se evidencia, por un lado el compromiso e interés por parte de algunos responsables, que demostraron el tratamiento y mejora de sus procesos en relación a las debilidades revisadas, sin embargo, aún se presentan falencias teniendo en cuenta que incluso cuando en muchos de los casos las debilidades analizadas fueron identificadas hace 2 o más vigencias, se mantuvieron abiertas luego del análisis dado que las acciones o las evidencias no permitían dar certeza de su tratamiento a cabalidad, por lo que se puede inferir que hay fallas, ya sea en la definición de causas raíz o el en establecimiento de acciones para atacarlas; así mismo los responsables de segunda línea actualmente no ejercen a cabalidad su rol con respecto a la consolidación, seguimiento, asesoría y acompañamiento a los Líderes en este sentido.

Debido a lo anterior, se considera que la mejora continua, que debería materializarse en parte a través de la implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento, presenta debilidad a nivel institucional, ya que las responsabilidades asignadas a los diferentes actores y en las diferentes líneas del SCI, no está siendo ejercida de forma clara y efectiva, lo que conlleva a que el tratamiento de los hallazgos y su posterior cierre no se realice de forma oportuna en todos los casos.


La anterior situación conlleva a que algunos aspectos que implican incumplimientos se mantengan en el tiempo o se reincida en situaciones que una vez identificadas, debieron ser abordadas y superadas en el menor tiempo posible, pero que a la fecha aún pueden ser evidenciadas en la gestión de los procesos. No obstante, es importante tener en cuenta que no todos los temas a mejorar son fáciles de subsanar por su complejidad, sin embargo, es importante revisar cuáles son críticos y requieren una intervención de fondo de manera prioritaria.

Adicional a lo anterior, otra de las causas identificadas para que se de este comportamiento corresponde a la dificultad para establecer e implementar acciones que realmente apunten a las causas raíz del problema o situación, implicando la generación de planes de mejoramiento con acciones superficiales que difícilmente garanticen la eliminación de la debilidad.


 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 17 de 17

Por último, uno de los factores que también fue evidenciado y que entorpece el ejercicio de implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento es la alta rotación de responsables en los diferentes procesos, la cual indudablemente afecta la continuidad y evolución en este aspecto.

De acuerdo con lo anterior se sugiere fortalecer el rol y responsabilidades a cargo de los diferentes actores del SCI en lo que respecta a planes de mejoramiento y definir las estrategias que aporten y permitan una mejora con respecto a su definición, implementación oportuna y resultados, de acuerdo con las debilidades que los generaron.

APROBÓ 

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: Maria Constanza Barco Perez - Profesional Universitario OCI 

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.
5	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.
6	19/07/2024	Se actualiza el formato es su estructura de contenido, de acuerdo con los requerimientos de la Oficina de Control Interno.