 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 1 de 77

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CONTROL INTERNO AL PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES Y PROGRAMAS V15.


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

Nombre del Proceso:	Direccionamiento Estratégico – Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15.
Dependencia líder:	Oficina Asesora de Planeación
Responsable del Proceso:	Luis Gabriel Taboada Castro
Tipo de auditoría:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Marzo 2 al 30 de junio de 2026
Equipo Auditor:	Nohemilce Quintero Cetina - Líder Auditor Deisy Carolina Díaz Vargas - Auditora María Constanza Barco Pérez – Auditora Liliana Marcela Criales Rincón - Auditora Gonzalo Eduardo Amortegui Jiménez -Auditor Juan Carlos Castellanos Mayorga -Auditor William Arturo Márquez Montero – Auditor José de Jesús Gutierrez Villalva – Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 visto desde el logro de metas, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos. Para lograr el propósito, se examinan los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza del procedimiento.

Para efectos de lograr el propósito se tienen como objetivos específicos: i) Verificar que las funciones asignadas se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos y cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que el líder del procedimiento implemente, ejecute, controle y haga seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que el líder del procedimiento haga seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 2 de 77

de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que el líder del procedimiento implemente, ejecute y controle las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

Para la presente auditoría se evalúa la gestión del Procedimiento “Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15” desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.


3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializan los riesgos asociados a la gestión auditora identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2026. Es importante resaltar que el acceso a las fuentes de información por parte del Equipo Auditor se realiza de manera armónica y coordinada garantizando la transparencia e integridad del proceso de auditoría. Esta interacción se realiza a través de pruebas de recorrido al área auditada y mediante el análisis y verificación documental, contribuyendo al cumplimiento del programa establecido y al mantenimiento de un ambiente de colaboración entre las partes sin generar ninguna perturbación a la gestión.

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

4. METODOLOGÍA UTILIZADA

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 3 de 77

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

5.1. ANÁLISIS DEL ENTORNO DEL PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES Y PROGRAMAS V15.

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

Cuando los elementos del sistema de control interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad para el procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, que corresponde en *“establecer las actividades para la formulación, aprobación y modificación del Plan Indicativo Estratégico, planes institucionales y programas de la Unidad, con el propósito de articular y orientar estratégicamente los procesos de la Unidad. Esto se realiza en alineación con la misión y visión institucionales, asegurando el cumplimiento de los objetivos estratégico de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial”*.


5.1.1 Caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico y el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15.

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 77

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

El procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, perteneciente al proceso de Direccionamiento Estratégico, resulta fundamental para asegurar el cumplimiento de los fines institucionales. Su objetivo principal es: *“Establecer las actividades para la formulación, aprobación y modificación del Plan Indicativo Estratégico, planes institucionales y programas de la Unidad, con el propósito de articular y orientar estratégicamente los procesos de la Unidad. Esto se realizará en alineación con la misión y visión institucionales, asegurando el cumplimiento de los objetivos estratégico de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial⁴”.*


En el marco de la Ley 87 de 1993 y en concordancia con el artículo 12 sobre las funciones de los auditores internos, se destacan 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;*
- g. Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios.*

A partir de lo anterior, en el desarrollo de esta auditoria el Equipo Auditor hace recorrido de auditoría y aplica herramientas con el propósito de verificar los controles definidos por el proceso en la ejecución de las actividades que se realizan el cumplimiento de la misionalidad, para lo cual se verifica el procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programa V15”.

De la revisión documental efectuada a la Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico V11 y al procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, se evidencia coherencia y articulación entre ambos documentos, toda vez que la caracterización identifica dentro de la etapa Planear las actividades relacionadas con la formulación del Plan Indicativo Estratégico, el Plan de Acción Institucional, los planes institucionales y los programas de la Unidad, de conformidad con el procedimiento auditado. Así mismo, se observa que la caracterización establece como alcance del proceso la planeación estratégica institucional, la definición de sistemas de monitoreo, mecanismos de seguimiento y evaluación de la gestión y el cierre mediante acciones orientadas al mejoramiento continuo.

⁴ <https://www.unidadvictimas.gov.co/NODE/39225>

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 5 de 77


En el procedimiento auditado, el componente “*Planear*” se desarrolla a través de las actividades relacionadas con la recopilación y revisión de información, definición de elementos del Plan Indicativo Estratégico, consolidación y aprobación del Plan Indicativo, elaboración, revisión, consolidación y aprobación del Plan de Acción Institucional, así como la elaboración y aprobación de otros planes institucionales y programas estratégicos. Estas actividades permiten evidenciar la alineación con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Sectorial, documentos CONPES, PMI, MIPG y demás lineamientos aplicables.

El componente “*Hacer*” se evidencia principalmente en la actividad 9, “*Ejecutar y reportar los planes y programas*”, en la cual se establece que los responsables ejecutan las acciones programadas, verifican su implementación, realizan ajustes dentro de su área y registran los resultados de los indicadores, adjuntando los documentos soporte en la herramienta tecnológica o instrumento dispuesto por la Entidad, para el caso que nos ocupa en SIPLAN+ Sistema Integral de Planeación y Gestión.

El componente de verificación está detallado en la actividad 10 del procedimiento, denominada “*Realizar seguimiento a los planes y programas*”, mediante la cual se analiza la información reportada por los responsables, se validan los avances y la ejecución y se elaboran los respectivos informes de gestión y/o seguimiento. Esta actividad es coherente con la caracterización del proceso, que establece en la fase “*Verificar*” la realización de la autoevaluación de la gestión y desempeño del proceso, así como el seguimiento al cumplimiento de los planes, programas y proyectos institucionales definidos.

El componente “*Actuar*” se encuentra previsto de manera expresa en la Caracterización del Proceso Direccionamiento Estratégico, la cual contempla la formulación e implementación de acciones correctivas y de mejora, planes de mejoramiento y oportunidades de mejora. No obstante, en el procedimiento auditado, esta fase no se encuentra definida como una actividad independiente dentro de la secuencia operativa. Su aplicación se infiere a partir de los criterios de operación relacionados con modificaciones, el tratamiento de no conformidades derivadas de resultados inferiores al 85% de cumplimiento, alertas tempranas y oportunidades de mejora derivadas de los informes de seguimiento.

Frente a los puntos de control, se observa que el procedimiento cuenta con columna específica “*PC*” que marca controles en actividades críticas, tales como la consolidación y aprobación del Plan Indicativo Estratégico, la revisión del Plan de Acción Institucional, la consolidación y aprobación del Plan de Acción Institucional, la elaboración y aprobación de otros planes institucionales y programas estratégicos, y el seguimiento a los planes y programas. Estos puntos de control se ubican en


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 77

momentos relevantes del procedimiento, especialmente en revisiones, aprobaciones y validación de seguimiento.

Sin embargo, se identifica una oportunidad de mejora en la definición de los puntos de control, dado que algunas actividades críticas para el cumplimiento del objetivo, tales como como la publicación y socialización de planes y programas, así como la ejecución y reporte, no se encuentran identificadas como punto de control, aunque contienen criterios y condiciones relevantes de cumplimiento, que resultan determinantes para garantizar la adecuada gestión de los planes institucionales, entre ellos la publicación antes del 31 de enero, la disponibilidad de la información en la página web, el registro oportuno de avances, la conservación de soportes documentales, la solicitud de ajustes y la aprobación de modificaciones por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Como aspecto de mejora documental y operativa, se evidencia que durante la vigencia 2025 el procedimiento fue actualizado de la versión 14, denominada *procedimiento Formulación, Aprobación y Seguimiento al Plan de Acción Institucional*", a la versión 15, *Formulación y Seguimiento de Planes y Programas*, ampliando significativamente su alcance institucional. Mientras la versión 14 se enfocaba en las actividades relacionadas con la formulación, aprobación, publicación, socialización, seguimiento y cierre del Plan de Acción Institucional, la versión 15 incorpora de manera expresa el Plan Indicativo Estratégico, los planes institucionales y los programas de la Unidad, articulándolos con los instrumentos del direccionamiento estratégico, tales como la misión, visión, Plan Nacional de Desarrollo y Plan Sectorial.

Esta actualización fortalece la integralidad, alcance y articulación del procedimiento, dado que incorpora actividades relacionadas con la recolección y análisis de información estratégica, la definición de objetivos y prioridades institucionales, la aprobación del Plan Indicativo Estratégico, la formulación y seguimiento del Plan de Acción Institucional (PAI), la elaboración y aprobación de otros planes institucionales y programas estratégicos, así como la publicación, ejecución, reporte y seguimiento de los planes y programas. En consecuencia, la versión 15 representa una mejora frente a la versión 14, al evolucionar de un enfoque concentrado en el PAI a un modelo de gestión amplio de planeación estratégica institucional. No obstante, se identifica una la oportunidad de mejora orientada a fortalecer la documentación de los puntos de control asociados con las actividades críticas del procedimiento especialmente en las aquellas actividades de publicación/socialización y ejecución/reporte, para asegurar mayor trazabilidad de la gestión, oportunidad, evidencia y tratamiento de desviaciones que puedan afectar el logro de los objetivos previstos.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 77

Observación No. 1. Fortalecimiento de la fase Actuar dentro del flujo procedimental

Se observa que el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 desarrolla de manera general el ciclo PHVA definido en la Caracterización del Proceso Dirección Estratégico, especialmente en las fases de planear, hacer y verificar. No obstante, la fase de actuar no está expresamente definida como una actividad de cierre dentro del flujo procedimental, aunque se encuentra contemplada en la caracterización del proceso y puede inferirse a partir de la gestión de ajustes, no conformidades, alertas tempranas y oportunidades de mejora.


Observación No. 2. Definición y documentación de puntos de control

Los puntos de control se encuentran parcialmente definidos, toda vez que se identifican en actividades clave de revisión, aprobación y seguimiento. Sin embargo, se recomienda fortalecer su documentación para que cada punto de control precise criterio de control, responsable, periodicidad, evidencia esperada y tratamiento ante desviaciones. También se recomienda evaluar la inclusión de puntos de control explícitos en las actividades de publicación/socialización y ejecución/reporte, por su impacto en el cumplimiento normativo, la trazabilidad, la transparencia y la medición del desempeño institucional.

5.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES Y PROGRAMAS V15.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del Sistema de Control Interno - SCI, en el cual se establece como método de medición la verificación, análisis y evaluación de 5 variables (*indicadores, riesgos, sistema de control, mejora o valor agregado y sistema de seguimiento*) que permiten identificar la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades a ejecutar en el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 que aportan al 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.

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

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

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 Sistema de Control Interno por la variable modelo de medición (indicadores diferentes al plan de acción) en el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15.

El Equipo Auditor examina indicadores diferentes a los establecidos en el plan de acción que hace parte de los 16 planes con los cuales cuenta la entidad. El propósito es determinar si el procedimiento posee y reconoce un sistema de medición diferente a las metas establecidas en el plan de acción y con ello le permita tener una herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 9 de 77

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

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

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


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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en su versión 6, dentro de la 2ª. Dimensión; Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación Institucional, en el numeral 4º de los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

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

- *Tener claro los objetivos, planes, programas y proyectos para identificar los aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición.*
- *Determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución de los objetivos.*
- *Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita. Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, para tomar decisiones en el momento justo.*
- *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*

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

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.

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 11 de 77

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.

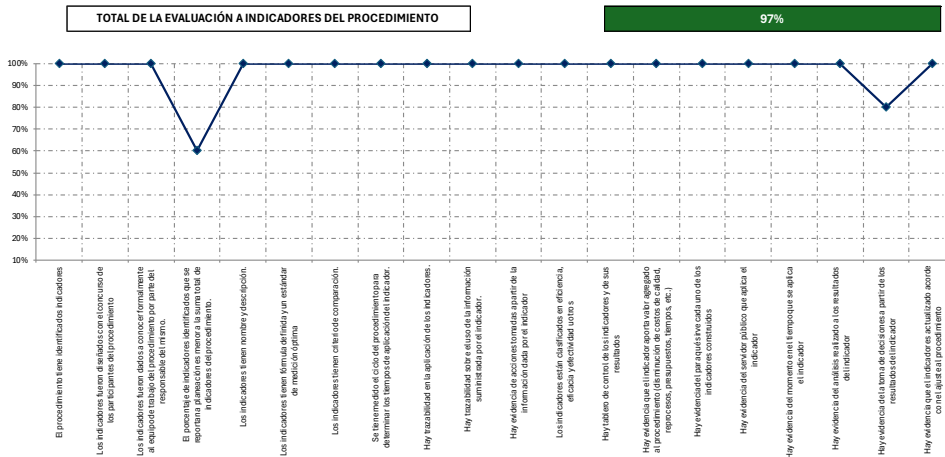
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del miércoles 29 de abril de 2026 a las 11:42 a.m. El auditado da respuesta mediante correo electrónico del jueves 7 de mayo de 2026 a las 4:09 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 12 de 77

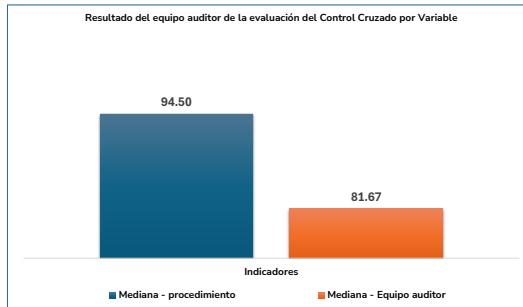
El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁵. El auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para el procedimiento auditado es el siguiente:



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


Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 97% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – indicadores corresponde a 80 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 17 puntos respecto de la calificación del proceso auditado y de 20 respecto del máximo posible (100 puntos).



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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 13 de 77

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación del sistema de control interno frente a los resultados obtenidos en las autoevaluaciones del proceso Direccionamiento Estratégico, correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, específicamente en aquellos aspectos relacionados con el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia de 12,83 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 94,50 y la del Equipo Auditor de 81,67. Lo que significa que “Hay evidencia de un sistema de medición en formación. No obstante, falta que este sistema sea reconocido como fuente de información que soporte las decisiones”. (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).


En este sentido, el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad. Sin embargo, cabe precisar que, se debe robustecer el sistema de control interno del procedimiento con la implementación de un tablero de control que fortalezca el seguimiento a los indicadores tanto del plan de acción como de las actividades propias de la gestión, con el objetivo de que se cuente con una información relevante y pertinente que contribuya a la mejora continua.

5.2.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos del procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 (Riesgos de gestión diferentes al mapa de riesgos institucional)

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo de los riesgos y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15” y que aporta al cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado posee y reconoce un modelo de riesgos, diferentes a los identificados en el mapa de riesgos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 14 de 77

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

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


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

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

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

Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando 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 V6, en la pagina 36:

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

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 6, dentro de la 1ª Dimensión: Talento Humano en el numeral 1.3 Política de Integridad, en los Lineamientos generales para la implementación se tiene que se debe:

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 77

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, procedimientos 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 lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 17 de 77

de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del miércoles 29 de abril de 2026 a las 11:42 a.m. El auditado da respuesta mediante correo electrónico del jueves 7 de mayo de 2026 a las 4:09 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

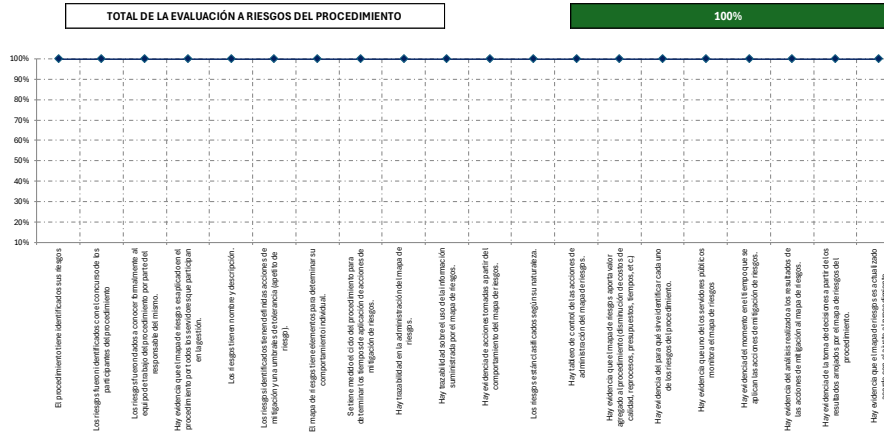
El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión de riesgos en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del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

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁶. El procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para el auditado que es el siguiente:

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

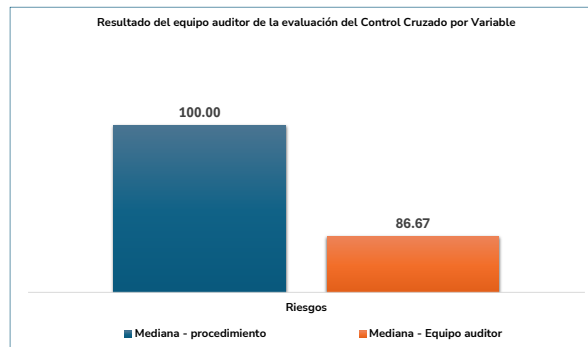
 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 18 de 77



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


Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde al 100% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 90 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 10 puntos respecto de la calificación del auditado y de 10 respecto del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al Sistema de Control Interno frente a los resultados obtenidos en las autoevaluaciones del proceso Direccionamiento Estratégico correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, específicamente en aquellos aspectos relacionados con el procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 13,33 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez

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

que el resultado de la valoración del auditado es de 100 y la del Equipo Auditor de 86,67. Lo que significa que *“Hay evidencia de un mapa de riesgo en formación y con indicios de administración de los mismos. No obstante, falta que el mapa de riesgos y la administración de estos sea reconocida como fuente de información que soporte la toma de decisiones.”* (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).


En la mesa de trabajo realizada el 14 de abril de 2026, en el marco de la auditoría al sistema de Control Interno al procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, el responsable del proceso expone las principales debilidades identificadas como resultado de los análisis efectuados sobre la operación y los factores que podrían afectar el cumplimiento de sus objetivos. Entre las situaciones identificadas se encuentran:

- a. Dependencia de la calidad de la información suministrada por las áreas.
- b. Retrasos en la entrega de reportes por parte de algunas dependencias.
- c. Desactualización o falta de ajuste oportuno de los planes frente a los cambios.
- d. Falta de articulación entre procesos del nivel nacional y territorial.

En atención a lo anterior, el Equipo Auditor efectúa la verificación de la información y evidencias suministradas por el auditado con el propósito de determinar la existencia, implementación y efectividad de los controles establecidos para gestionar los eventos adversos que pueden afectar la adecuada ejecución del procedimiento. Como resultado de la revisión, se evidencia la implementación de mecanismos de seguimiento orientados a mitigar los riesgos asociados a la oportunidad y calidad en el reporte de información para el seguimiento del Plan de Acción Institucional. En particular, se observa la utilización de un grupo de trabajo en el aplicativo Microsoft Teams, integrado por los enlaces SIG, designados por los procesos y las Direcciones Territoriales como herramienta de monitoreo y comunicación permanente.

Durante la evaluación de esta evidencia, el Equipo Auditor constata la interacción continua entre los funcionarios de la Oficina Asesora de Planeación y los enlaces SIG, mediante el intercambio de comunicaciones, recordatorios, solicitudes de información y seguimiento a la entrega de los reportes de indicadores y resultados del Plan de Acción. Lo anterior evidencia la existencia de un mecanismo de control orientado a fortalecer la oportunidad en el reporte de información, promover la articulación entre dependencias y facilitar el monitoreo del cumplimiento de las actividades asociadas al procedimiento auditado.

No obstante, se recomienda continuar fortaleciendo estos mecanismos de seguimiento y coordinación, mediante la conservación sistemática de evidencias que permitan demostrar de manera objetiva la gestión realizada, así como evaluar periódicamente su efectividad para mitigar los riesgos identificados y contribuir al mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 20 de 77

En este sentido, el procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 en el análisis de los riesgos correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

5.2.3 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Control del procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15.

Respecto al modelo de control la entidad tiene definido en sus procedimientos puntos de control según su modalidad en la descripción de actividades.

Por consiguiente, el Equipo Auditor examina los controles adicionales a aquellos identificados como puntos de control en los procedimientos institucionales y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología de control interno y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), lo anterior con el propósito de establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 en su aporte para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. La finalidad es determinar si el auditado posee y reconoce un modelo de control interno, adicional a los puntos de control que se describe en el procedimiento 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 misma ley 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;

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 77

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 todos los servidores de la entidad.

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 22 de 77

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 56 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° “Gestión con Valores para Resultados” dispone que:

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

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

- *“Entender la situación: El objetivo de esta acción, enmarcada en el análisis de capacidades y entornos del Direccionamiento Estratégico y la Planeación (...)”.*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 23 de 77

- *“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:


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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los modelos de control de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – control, mediante correo electrónico del miércoles 29 de abril de 2026 a las 11:42 a.m. El auditado da respuesta mediante correo electrónico del jueves 7 de mayo de 2026 a las 4:09 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

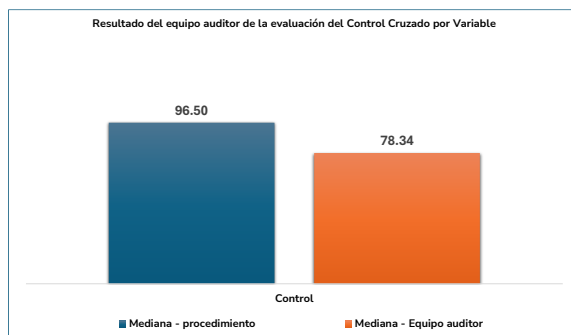
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión del control en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2º de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

- a) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;*
- c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;*
- d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión*

⁷ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-137.

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

posibles. Ello implica una diferencia real de 9 puntos respecto de la calificación del auditado y 10 del máximo posible (100 puntos).




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

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación del Sistema de Control Interno frente a los resultados obtenidos en las autoevaluaciones del proceso Dirección Estratégico, correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, específicamente en aquellos aspectos relacionados con el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 18.16 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración del procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15” es de 96.50 y la del Equipo Auditor de 78.34. Esto indica que *“Hay evidencia de un modelo de control que se soporta en el uso de puntos de control u otro mecanismo válido. No obstante, falta que este mecanismo de control sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

En este sentido, el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15” en el análisis de la variable “control” correspondiente a evaluación del Sistema de Control Interno no presenta debilidad.

5.2.4 Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado del procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15.

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 y con ello evalúa el Sistema de Control Interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta el auditado aportando al cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado posee y reconoce un modelo de mejora o

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 77

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 V6, en el numeral 4.2 seguimiento y evaluación de la gestión institucional, que señala:

Numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional del MIPG: “El MIPG opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 27 de 77

(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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 77

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 miércoles 29 de abril de 2026 a las 11:42 p.m. El auditado da respuesta mediante correo electrónico del jueves 7 de mayo de 2026 a las 4:09 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:

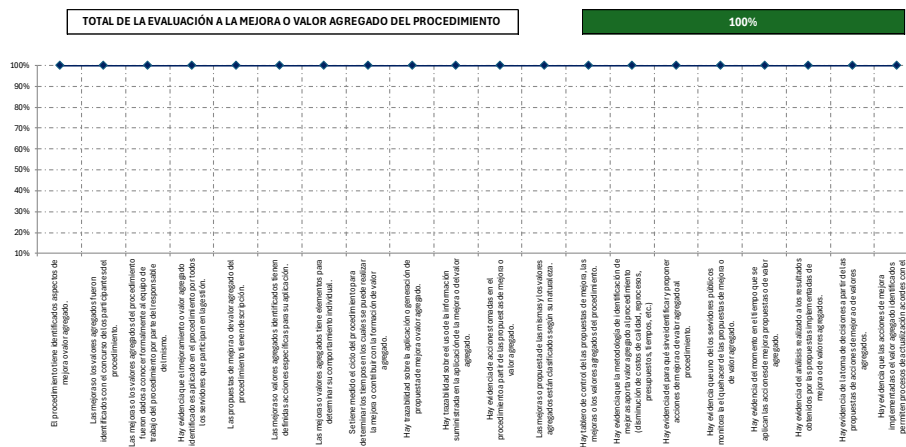
b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento 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 el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 pueda mejorar constantemente y así ser

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 29 de 77

más eficiente y tener un mayor rendimiento para el logro de sus metas, objetivos y actividades, con el objeto de optimizar aquellas actividades que generan valor agregado y eliminar las ineficiencias inherentes en la gestión.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁹. El procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:




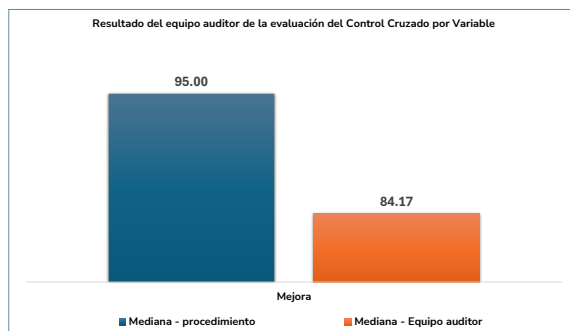
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 100% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora corresponde a 77 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 23 puntos respecto de la calificación del procedimiento auditado y del máximo posible (100 puntos).

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 30 de 77




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

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al Sistema de Control Interno frente a los resultados obtenidos en las autoevaluaciones del proceso Dirección Estratégico, correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, específicamente en aquellos aspectos relacionados con el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 10.83 puntos en la variable “Mejora o Valor Agregado”, toda vez que el resultado de la valoración del procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 es de 95.00 y la del Equipo Auditor de 84.17. Lo que significa que “Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. No obstante, falta que este modelo de mejoramiento o agregación de valor sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Como resultado de la revisión efectuada a las evidencias aportadas para la evaluación del Sistema de Control Interno, se evidencia la actualización del procedimiento auditado mediante versión 15, aprobada el 10 de abril de 2025, en la que se incorpora la formulación del Plan Indicativo Estratégico y los planes institucionales del Decreto 612 de 2018. De igual manera, se verifica que en la misma fecha se crea el documento denominado “Guía para el monitoreo y evaluación de la gestión” cuyo objetivo es “Establecer los parámetros para el monitoreo y evaluación de la gestión de la entidad a través de criterios, conforme con la normatividad vigente”, como parte de los ajustes realizados al procedimiento.

Esta actualización constituye una buena práctica y un valor agregado para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, en tanto amplía el alcance del procedimiento y robustece los mecanismos de seguimiento y monitoreo sobre la totalidad de los planes y programas institucionales. Asimismo, permite una gestión integral, coordinada y orienta a resultados. Lo anterior contribuye al fortalecimiento de la capacidad institucional para realizar seguimiento oportuno al cumplimiento de los objetivos estratégicos, evaluar el avance de las metas establecidas, identificar oportunamente desviaciones y adoptar acciones de mejora basadas en información

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 31 de 77

confiable para la toma de decisiones. En consecuencia, la actualización realizada genera condiciones favorables para el mejoramiento continuo de la gestión y la consolidación de un Sistema de Control Interno más efectivo, en concordancia con los principios de eficiencia, eficacia, economía y autocontrol que orientan la gestión pública.

En conclusión, el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 en el análisis de la variable “mejora o valor agregado” correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad.

5.2.5 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Seguimiento del procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15.


El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica los servidores en la gestión desplegada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15, aportando al cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado posee y reconoce un modelo de seguimiento que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.

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

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

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

Artículo 2.2.21.5.5 Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 77

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 6, se establece que:

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

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

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


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

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 33 de 77

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 7ª Dimensión: Control Interno, se tiene que:

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

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


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

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

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

“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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 77

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 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 – seguimiento, mediante correo electrónico del miércoles 29 de abril de 2026 a las 11:42 a.m. El auditado da respuesta mediante correo electrónico del jueves 7 de mayo de 2026 a las 4:09 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

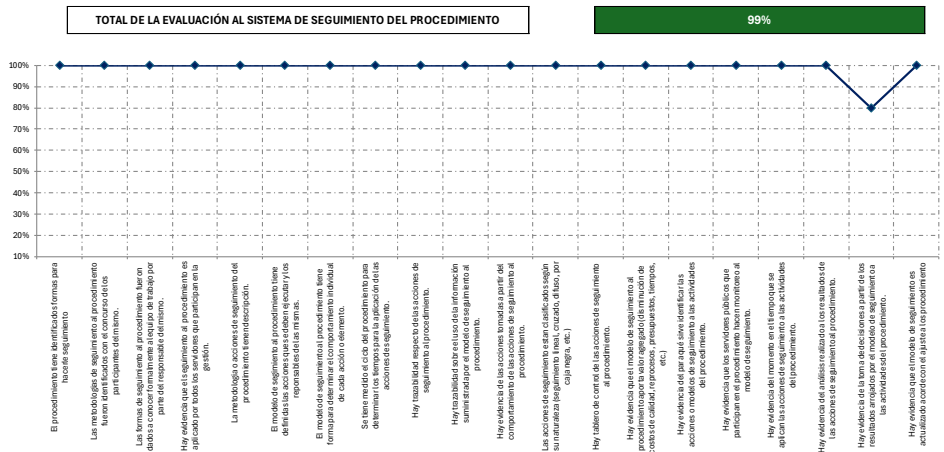
El Equipo Auditor, a través de la matriz citada, como papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h)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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 35 de 77

presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3º literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica al procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert¹⁰. El auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:




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

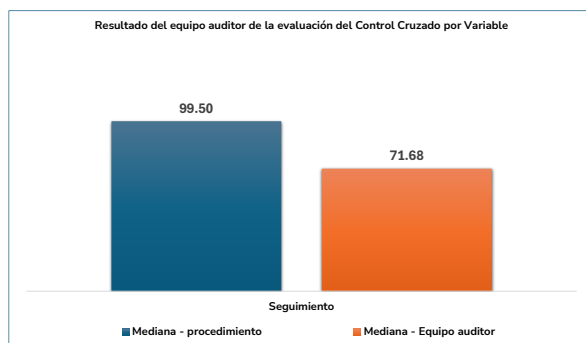
Como se observa, la calificación que se da al auditado corresponde a 99 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 77 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 22 puntos respecto de la calificación de auditado y de 23 respecto del máximo posible (100 puntos).

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 36 de 77


Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al Sistema de Control Interno frente a los resultados obtenidos en las autoevaluaciones del proceso Dirección Estratégico, correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, específicamente en aquellos aspectos relacionados con el procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 27.82 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración del grupo auditado es de 99.5 y la del Equipo Auditor de 71.68. Lo anterior significa que *“Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como una fuente de información que soporte la toma de decisiones.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).



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

Como resultado de la revisión de las evidencias aportadas para la evaluación del Sistema de Control Interno del procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, se verifica la *“Guía para el Monitoreo y Evaluación de la Gestión”*, documento que establece los parámetros para el monitoreo y evaluación de la gestión institucional mediante criterios alineados con la normatividad vigente. Asimismo, se revisa el formato de registro de no conformidades y las carpetas documentales correspondientes a los ejercicios de seguimiento realizados durante la vigencia 2025. Dentro de las evidencias examinadas se identifican las presentaciones de seguimiento al Plan de Acción, las actas y presentaciones de Comités Directivos Ampliados, así como otros soportes relacionados con las actividades de monitoreo y seguimiento efectuadas por el procedimiento. Lo anterior permite evidenciar el seguimiento a la gestión y el análisis periódico de los avances de los planes institucionales.

No obstante, durante la revisión no se observa evidencia suficiente que permita establecer la trazabilidad integral de las acciones de mejora derivadas de los resultados obtenidos en dichos ejercicios de seguimiento y monitoreo. En particular, no es posible identificar de manera clara la definición de acciones correctivas, preventivas o de mejora, los responsables de su implementación,

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 77


los plazos establecidos para su cumplimiento, ni el seguimiento realizado hasta su cierre efectivo. Esta situación limita la capacidad de demostrar que los resultados del monitoreo son utilizados de manera sistemática para la toma de decisiones, la gestión de desviaciones identificadas y el fortalecimiento continuo del procedimiento, afectando la trazabilidad de las acciones implementadas y la evaluación de su efectividad.

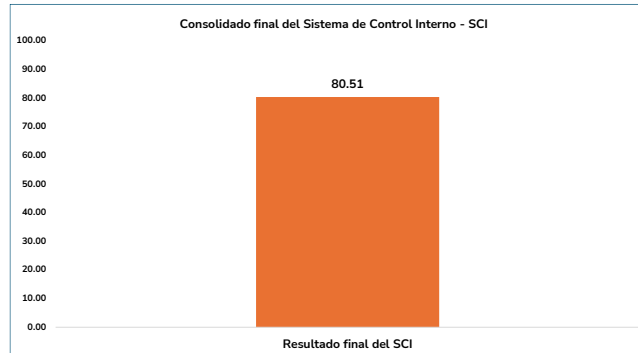
En conclusión, el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15 en el análisis de la variable “seguimiento” correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad. Sin embargo, se recomienda fortalecer los mecanismos de documentación, seguimiento y control de las acciones de mejora derivadas de los ejercicios de monitoreo y evaluación, garantizando la conservación de evidencias suficientes, pertinentes y oportunas que permitan verificar su implementación, seguimiento y cierre, en concordancia con los principios de mejora continua y fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

5.2.6 Consolidado del Sistema de Control del procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15.

En el marco de la auditoría realizada al procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función de aseguramiento y conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, así como en la aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA), se llevó a cabo una verificación sistemática de la eficacia de los controles establecidos por el auditado. Esta evaluación se centra en medir el grado de cumplimiento de las cinco variables críticas: Indicadores, Riesgos, Control, Mejora o Valor Agregado y Seguimiento una vez se concluye el análisis de las evidencias suministradas por los responsables del procedimiento.

Con fundamento en las evidencias proporcionadas por el auditado, se determina que el Sistema de Control Interno del procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 en lo que corresponde a los cinco (5) componentes evaluados (*Indicadores, riesgos, controles, mejoras y seguimiento*) presenta deficiencias que afectan su funcionamiento integral. Si bien existen avances en la implementación de acciones de control, estos no son suficientes para asegurar un cumplimiento sólido y sostenido de los objetivos institucionales. Por lo anterior, el Equipo Auditor observa que se genera incertidumbre al aplicar los principios del escepticismo profesional, dado que no se tiene certeza plena del cumplimiento en los aspectos evaluados por lo cual la calificación asignada es “Medio” con una puntuación de 80.51%, indicando la necesidad de fortalecer los controles existentes y desarrollar mecanismos de mejora continua para alcanzar un nivel superior de desempeño.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 38 de 77



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI


5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DE LOS RIESGOS GESTIONADOS POR EL PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES Y PROGRAMAS V15.

El Procedimiento de Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, conforme a su documentación de fecha 10/04/2025, tiene como objetivo *“Establecer las actividades para la formulación, aprobación y modificación del Plan Indicativo Estratégico, planes institucionales y programas de la Unidad, con el propósito de articular y orientar estratégicamente los procesos de la Unidad. Esto se realizará en alineación con la misión y visión institucionales, asegurando el cumplimiento de los objetivos estratégico de conformidad con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial.”*

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

Para hacer posible el análisis del Mapa de Riesgos asociado a la gestión del Procedimiento de Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, se aplica el papel de trabajo *“Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias”*, este instrumento se basa en los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, contenidos en la *“Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”*, y se elabora siguiendo los parámetros cuantitativos definidos en dicha guía, por lo cual se constituye en un mecanismo de medición de la gestión realizada por el proceso en el manejo y administración de sus riesgos. El proceso parte de la concepción formal del control y abarca hasta la gestión ejecutada sobre cada control vinculado a los riesgos identificados.

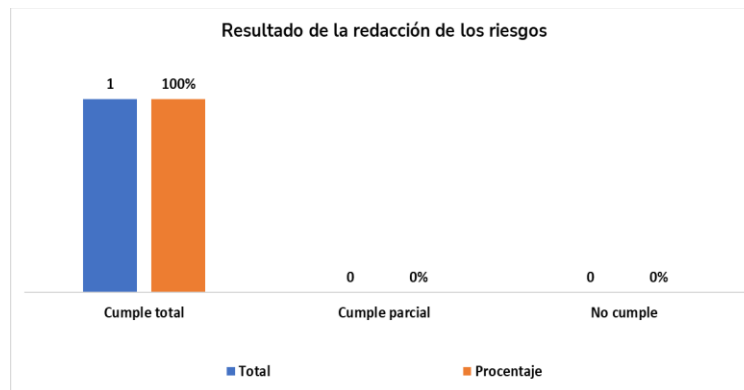
Es pertinente señalar que el propósito de la presente evaluación consiste en determinar si el

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 39 de 77

procedimiento auditado diseñó de manera adecuada y conforme a criterios metodológicos el control de los riesgos y a su vez verifica si la evidencia disponible cumple el propósito y efectividad de la acción del control implementada.


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

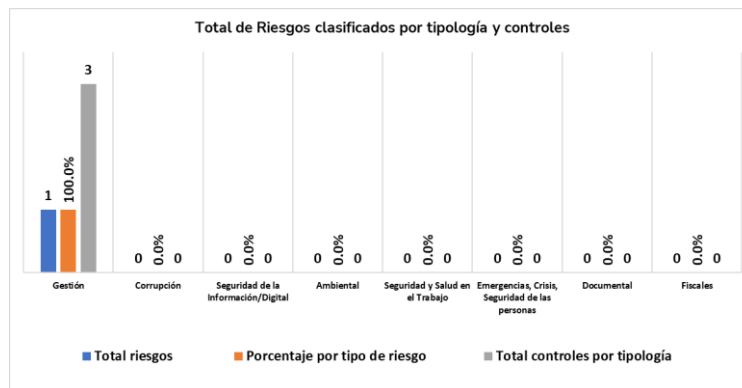
En concordancia con el Mapa de Riesgos Institucional correspondiente a la vigencia 2025, el Equipo Auditor realiza el análisis de los riesgos asociados al Procedimiento de Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 y evalúa la pertinencia de su redacción, así como la claridad en la definición de causas, consecuencias y controles vinculados. En este contexto, se analiza el riesgo identificado como: *“Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas por el incumplimiento en las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional de acuerdo con la programación y criterios establecidos”*, con el propósito de verificar su adecuada estructuración y coherencia entre sus componentes. Como resultado de dicho análisis, se obtiene la siguiente información:



Fuente: Herramienta Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias de la OCI.

De acuerdo con la gráfica, se observa que el 100% de los riesgos identificados por el procedimiento cumplen con la estructura mínima establecida en la *“Guía para la Administración de Riesgos del DAFP”*. Este resultado refleja que los riesgos fueron definidos con precisión en cuanto a los elementos constitutivos el “qué” (impacto), el “cómo” (causa inmediata) y el “por qué” (causa raíz), lo cual favorece su comprensión y gestión.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 40 de 77



Fuente: Herramienta Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias de la OCI.

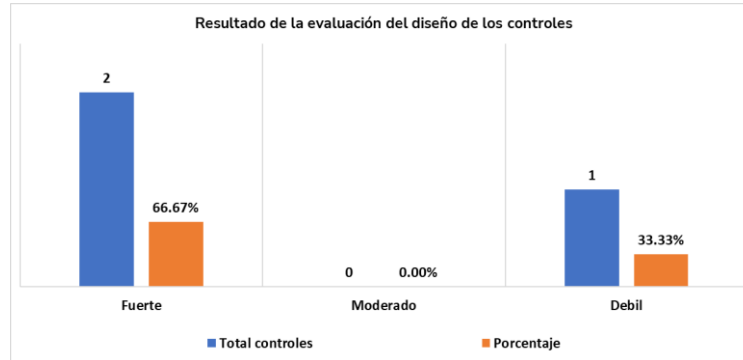
En relación con el análisis realizado sobre la tipología de los riesgos, se identifica un (1) riesgo. El Equipo Auditor evidencia que este riesgo se asocia a la gestión, que representan el 100%. Para el tratamiento y mitigación de este riesgo, el procedimiento auditado ha implementado tres (3) controles orientados a su adecuada gestión y seguimiento. *(Datos tomados de la matriz de riesgos estandarizada del año 2025).*

Los controles establecidos son los siguientes:

- a. **Control 1:** Los profesionales de la OAP, trimestralmente, realiza el informe de avance del Plan de Acción, con el fin de generar alertas correspondientes para el mejoramiento y cumplimiento de las actividades, en caso de incumplimiento en alguna meta de acuerdo con programación, se genera un reporte de no conformidad a la dependencia para que analice las causas y establezca las correcciones pertinentes, como evidencia se cuenta con los informes de avance y no conformidades en aplicativo dispuesto.
- b. **Control 2:** Los profesionales de la OAP realizan el acompañamiento y la revisión de la formulación del Plan de Acción institucional a las dependencias y Direcciones territoriales, de acuerdo con el cronograma establecido, con el objetivo de validar su coherencia con la planeación estratégica y los lineamientos de la política pública de víctimas. En caso de detectar información inconsistente, se notifica a la respectiva dependencia para que realice los ajustes pertinentes. Como evidencia de este proceso, se cuenta con actas de mesas de trabajo y correos electrónicos que documentan las observaciones y ajustes solicitados.
- c. **Control 3:** El profesional de la Oficina Asesora de Planeación (OAP) realiza una verificación mensual del nivel de avance y cumplimiento del Plan de Acción en la herramienta dispuesta para este fin. Así mismo, se presenta un informe mensual al Comité Directivo que incluye un análisis detallado del progreso, así como las alertas generadas. Como evidencia, se cuenta con la presentación al Comité Directivo y el archivo Excel de seguimiento.

Como resultado de dicho análisis, se obtiene la siguiente información:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 41 de 77

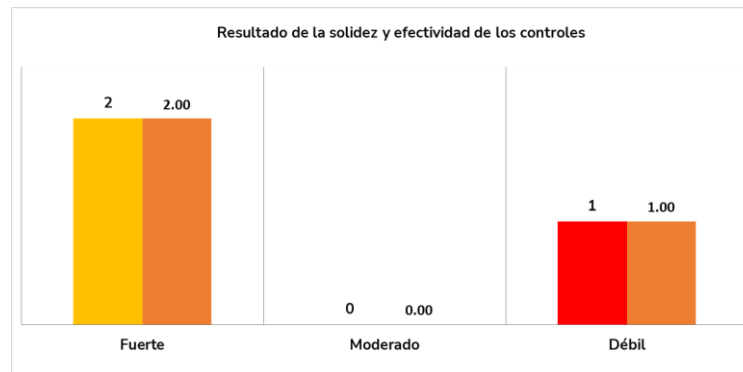


Fuente: Herramienta Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias de la OCI.


Respecto a la evaluación del diseño de los controles adoptados para el riesgo, se identifica que el 33.33% (1 control) se ubica en la zona “débil”, mientras que el 66.67% (2 controles) se encuentran en zona “fuerte”. Lo anterior indica que, si bien gran proporción de los controles se encuentran bien estructurados en relación con los criterios de la guía establecida por la Entidad, constituye una debilidad general en el diseño de los controles lo que puede limitar la efectividad para la mitigación de los riesgos identificados en el proceso. *(Información obtenida de la herramienta análisis de riesgos de la OCI – “resultado y zona – rango del control actual del diseño”).*

De manera general, las falencias en el diseño del control se concentran en el complemento que este debe tener específicamente en lo “*Que pasa con las observaciones o desviaciones*”. De acuerdo con la “*Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas*”, dentro de la estructura para la descripción del control se debe indicar expresamente qué ocurre cuando, al ejecutarlo, se identifican diferencias, incumplimientos, inconsistencias u observaciones. En otras palabras, no basta con realizar la revisión; el control debe definir la acción que se tomará frente a las desviaciones encontradas.

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

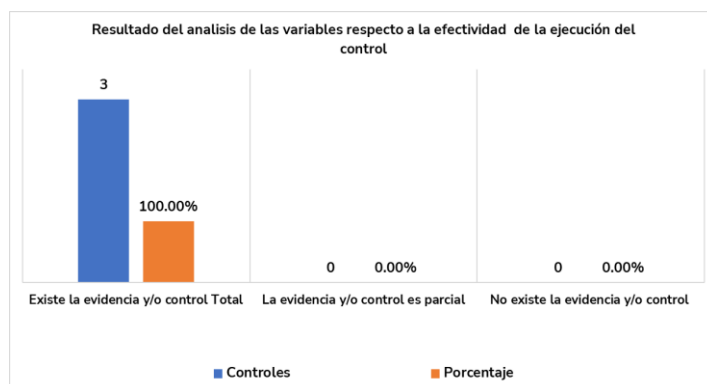


Fuente: Herramienta Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias de la OCI.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 42 de 77

Al analizar las variables representadas en la gráfica, se concluye que el 66.67 % de los controles adoptados por el proceso Dirección Estratégico asociados al Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, equivalentes a dos (2) controles, se encuentra clasificados en el rango "Fuerte", mientras que un (1) control, que representan el 33.33 %, se ubica en el rango "débil". Este resultado refleja que, si bien se evalúa el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la formulación de controles y su efectividad con base en las evidencias disponibles, la existencia de un control clasificado como "débil" está directamente relacionada con deficiencias en el cumplimiento de los lineamientos de redacción de los controles.

En cuanto al análisis de las evidencias de la ejecución de los controles, entendidas como la información que brinda certeza sobre su aplicación y resultados, independientemente del tipo de soporte utilizado, estas fueron objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor, quien determinó que, al momento de la auditoría, se contó con su acopio, las evidencias aportadas fueron analizadas conforme a criterios de auditoría generalmente aceptados. A partir de dicha revisión se concluye lo siguiente:




Fuente: Herramienta Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias de la OCI.

De acuerdo con los resultados reflejados en la gráfica, se observa que para el 100% de los controles evaluados "Existe la evidencia y el control total", lo que indica que existe documentación suficiente y verificable que respalda la aplicación de los controles y permite constatar su efectividad en relación con lo descrito en estos. Se evidencia que todos los controles cumplen plenamente con los criterios de evidencia y trazabilidad.

Una vez evaluado la gestión de riesgos del mapa institucional del procedimiento auditado, 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.

Con el propósito de fortalecer de manera integral el Sistema de Control Interno del Procedimiento de Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, en particular en lo relacionado con el mapa de riesgos, se recomienda que la redacción de los controles contemple y refleje todos los

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 43 de 77

lineamientos establecidos para su adecuada identificación, evaluación, y gestión, aplicando el total de los lineamientos dados por la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”, iniciando con la concepción formal del control el cual debe contemplar tres características para la redacción. “a) responsable de ejecutar el control, b) acción y c) complemento”, este último debe aludir la “periodicidad, como se realiza la actividad del control, que pasa con las observaciones o desviaciones y la evidencia de ejecución del control” y la “metodología administración de riesgos v11”. Esto permitirá asegurar el cumplimiento efectivo de las normativas vigentes, promover la transparencia, facilitar la toma de decisiones informadas, y garantizar un control continuo y oportuno sobre los riesgos, contribuyendo así al logro de los objetivos institucionales.

De acuerdo con el ejercicio de la auditoría gestionado por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos del Procedimiento de Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, se debe dar cumplimiento a el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 al hablar de los objetivos del sistema de Control Interno que dispone en los literales a) y f) y que la administración de los riesgos que 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 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 44 de 77

del Modelo Integrado de Planeación y Gestión”, 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 página 58, al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° “Gestión con valores para resultados” dispone:

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

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


En este escenario, la misma disposición en la página 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,

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 45 de 77

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*” está apoyada en lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, dado que señala que:

“El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 77

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).

Teniendo en cuenta que los riesgos están relacionados a las actividades claves de los procesos, como lo indica la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, es posible concluir que la identificación de riesgos puede realizarse hasta el nivel de procedimiento o actividad cuando estas son claves para el cumplimiento del proceso y de los objetivos institucionales.

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas y la metodología administración de riesgos adoptada por la Entidad, el Equipo Auditor establece que el Procedimiento de Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 requiere fortalecer la gestión de los riesgos identificados y el diseño de los controles, por lo cual se genera la siguiente observación.

Observación No. 3. Falencia en el tratamiento de desviaciones de controles asociados al mapa de riesgos institucional.

Durante la evaluación de la gestión y administración de riesgos del *Procedimiento de formulación y seguimiento de planes y programas V15*, se identificó una deficiencia en el diseño del Control No. 3. Aunque el control establece que el profesional de la Oficina Asesora de Planeación (OAP) debe realizar una verificación mensual (con reporte al Comité Directivo y soporte en archivo Excel), omite

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 47 de 77

definir explícitamente el curso de acción o tratamiento a seguir en caso de identificar observaciones, desviaciones, incumplimientos o inconsistencias. En consecuencia, al no especificar el manejo de estas alertas, el control pierde efectividad y limita su capacidad real para mitigar el riesgo.

Es fundamental que los controles integren todos los lineamientos definidos en la Guía de Administración del Riesgo - DAFP - y de la metodología de administración del riesgo de la Unidad, Su adecuada definición permite determinar con claridad el responsable, la periodicidad, el desarrollo, los soportes requeridos y los correctivos ante posibles incumplimientos. De esta manera, se fortalece la capacidad preventiva del control y se facilita su seguimiento y evaluación.


5.4 SISTEMA DE CONTROL INTERNO PLAN DE ACCIÓN 2025 – PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES Y PROGRAMAS V15 DEL PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 77

Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlos, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR), 2. Plan Anual de Adquisiciones, 3. Plan Anual de Vacantes, 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos, 5. Plan Estratégico de Talento Humano, 6. Plan Institucional de Capacitación, 7. Plan de Incentivos Institucionales, 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), 11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

Parágrafo 1°. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos. Cuando se trate de planes de duración superior a un (1) año, se integrarán al Plan de Acción las actividades que correspondan a la respectiva anualidad.


Parágrafo 2°. Harán parte del Plan de Acción las acciones y estrategias a través de las cuales las entidades facilitarán y promoverán la participación de las personas en los asuntos de su competencia, en los términos señalados en la Ley 1757 de 2015.

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 77

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 manual técnico del 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 SIPLAN+.

Por consiguiente, el equipo auditor selecciona el procedimiento “formulación y seguimiento de planes y programas V15” de la Oficina Asesora de Planeación del proceso de Direccionamiento Estratégico. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento a la ejecución del Plan de Acción 2025, teniendo en cuenta los cuatro reportes trimestrales registrados en el aplicativo SIPLAN+ con corte a 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2025.

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SIPLAN+ por la Oficina Asesora de Planeación del Proceso Direccionamiento Estratégico, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenida de acuerdo con la meta programada en cada periodo analizado.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 77

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

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

Plan de Acción 2025 Oficina Asesora de Planeación – Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 Proceso Direccionamiento Estratégico.

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 Oficina Asesora de Planeación del Proceso Direccionamiento Estratégico, tiene en total 2 actividades en el Plan de Acción para la vigencia 2025.

En lo que concierne al primer trimestre de 2025, aplica reporte de avance en una (1) de las dos (2) actividades.


Por consiguiente, la muestra de trabajo para el primer trimestre es del 50% de la población. Dicha actividad registra estado medio del 80%.

El segundo trimestre de 2025 aplica reporte de avance en las 2 actividades programadas para la vigencia 2025, razón por la cual la muestra de trabajo es del 100% de la población. En este contexto se tiene que, para el segundo trimestre de 2025, una (1) actividad presenta estado medio del 73% y una (1) estado crítico del 13%.

En lo referente al tercer trimestre de 2025, muestra escenario similar al trimestre anterior, toda vez que, una (1) actividad presenta estado medio del 76% y una (1) estado crítico del 37%.

En lo que respecta al cuarto trimestre de 2025, las 2 actividades establecidas para dicha vigencia presentan ejecución en estado medio del 90% y 85%.

Con el propósito de aclarar el significado de los “Estados” a través de los cuales la Oficina de Control Interno determina el cumplimiento o no de las metas programadas para cada una de las actividades

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE			Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO			Fecha: 25/10/2022
				Página 51 de 77

registradas en plan de acción tanto de los procesos del nivel nacional como de las direcciones territoriales, a continuación, el Equipo Auditor presenta las definiciones, así:


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


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

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

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

Como evidencia de lo anteriormente descrito, se anexa captura de pantalla del seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno al plan de acción 2025 de la Oficina Asesora de Planeación del Proceso Dirección Estratégico, 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 OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		ACTIVIDADES OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN									
		1. Sistema de Gestión Implementado (Cód. 11)					2. Cumplimiento del Plan anual de ejecución y seguimiento del Programa de Transparencia (Cód. 12)				
		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2025	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2025
		Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
1	Enero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2	Febrero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
3	Marzo	22,22	27,8	79,928	80%	22%	0	1	0	0%	0%
4	Abril	22,22	27,8	79,928	80%	22%	8,7	67	12,985	13%	9%
5	Mayo	22,22	27,8	79,928	80%	22%	8,7	67	12,985	13%	9%
6	Junio	43,75	59,7	73,283	73%	44%	8,7	67	12,985	13%	9%
7	Julio	43,75	59,7	73,283	73%	44%	8,7	67	12,985	13%	9%
8	Agosto	43,75	59,7	73,283	73%	44%	30,43	83	36,663	37%	30%
9	Septiembre	63,19	83	76,133	76%	63%	30,43	83	36,663	37%	30%
10	Octubre	63,19	83	76,133	76%	63%	30,43	83	36,663	37%	30%
11	Noviembre	63,19	83	76,133	76%	63%	30,43	83	36,663	37%	30%
12	Diciembre	90,28	100	90,28	90%	90%	84,78	100	84,78	85%	85%
Cumplimiento Plan de Acción 2025		OCI			90%					85%	
		OAP			90%					85%	



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 52 de 77

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento del reporte y variable del tiempo para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2025. 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 las metas establecidas (ya sea inferior o superior de lo programado), son desviaciones que deben ser estudiadas por la Oficina Asesora de Planeación del Proceso Dirección Estratégico, para ello cuenta con la facultad de solicitar la modificación (debidamente justificada) mediante las actas correspondientes 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 del reporte de las metas del plan de acción 2025 asignadas a la Oficina Asesora de Planeación del Proceso Dirección Estratégico, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución y cumplimiento deben corresponder al 100% de lo planeado.

Por consiguiente, se tiene que para los cuatro (4) trimestres de 2025 el parámetro en mención no se cumple en las metas programadas, lo que corresponde al 100% del total de indicadores a 30 de marzo de 2025, 30 de junio de 2025, 30 septiembre de 2025 y 31 de diciembre de 2025, toda vez que las actividades presentan porcentaje de avance inferior al establecido en cada periodo.

Es importante aclarar que, a pesar de que en el último trimestre uno (1) de los dos (2) indicadores se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2025, también es cierto que ambos están por debajo (90% y 85%) de la meta ideal del 100%.

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	1	50%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	1	50%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	0	0%
Total Actividades Plan de Acción OAP 2025				2	100%

Por último, en el proceso de verificación efectuado a las actividades inscritas en el plan de acción 2025 de la Oficina Asesora de Planeación, se evidencia la formulación del indicador denominado “Cumplimiento del Plan Anual de Ejecución y Seguimiento del Programa de Transparencia” asociado con el procedimiento “Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15”, el cual es objeto de análisis de la esta auditoría.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 77


Debilidad No 1. Incumplimiento en el avance de metas e indicadores del plan de acción 2025.

Esta situación evidencia debilidad en el sistema de control interno referente a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación en el procedimiento “*formulación y seguimiento de planes y programas V15*” del proceso direccionamiento estratégico, asociado al indicador denominado “*cumplimiento del plan anual de ejecución y seguimiento del programa de transparencia*”, toda vez que presenta falencias tanto en el avance como en el cumplimiento de su ejecución en el plan de acción vigencia 2025. 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 la falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de la meta a determinar en la actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico del 02 de junio de 2026, se comunicó al jefe de la Oficina Asesora de Planeación, Luis Gabriel Taboada Castro, en calidad de auditado, la debilidad identificada en el Sistema de Control Interno respecto del Plan de Acción. En dicha comunicación se le otorgó un plazo de cinco (5) días hábiles, conforme a lo establecido en la actividad 10 del Procedimiento “Auditorías Internas al Control Interno”, contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación, para presentar las consideraciones y evidencias que estimara pertinentes. Una vez vencido el término otorgado, el auditado no presentó consideraciones ni evidencias frente a la debilidad comunicada; por lo anterior, el Equipo Auditor mantiene la debilidad identificada.

5.5 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LAS FUNCIONES Y POLÍTICAS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Oficina de Planeación contenidas en el artículo 9 del Decreto 4802 de 2011, en el que se fijan las funciones de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y se dictan otras disposiciones y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 54 de 77


El propósito es establecer que todas y cada una de las funciones legalmente asignadas a la Oficina de Planeación asociadas con el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas Código: 130,01,08-2. V15 Fecha: 10/04/2025, son atendidas en la gestión institucional a nivel de la jurisdicción que le corresponde. Por consiguiente, se aplica la herramienta diseñada para verificar el cumplimiento de las 19 políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG- establecidas en el Decreto 1083 de 2015, que en su artículo 2.2.22.2.1. Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, dispone que:

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 55 de 77

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

Por lo anterior se ordena en el:

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


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

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

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

La Oficina de Control Interno diseña un instrumento que relaciona las funciones legalmente asignadas a la en el Decreto 4802 de 2011 y el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG) con sus siete dimensiones y las 19 políticas. La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. En efecto la Ley 87 de 1993 en su artículo 1° dispone que:

“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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 77

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 al procedimiento. En este sentido, no todas las funciones de la Oficina de Planeación asociadas al procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 se relacionan con todas las dimensiones de MIPG ni con todas las políticas.

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al procedimiento auditado la matriz de evaluación de funciones y políticas MIPG, mediante correo electrónico del jueves, 16 de abril de 2026 a las 4:11 p.m. El procedimiento da respuesta mediante correo electrónico del martes 28 de abril a las 5.18 p.m. donde manifiesta el diligenciamiento de la matriz, así como el cargue de los soportes que desea hacer valer en el ejercicio auditor.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 57 de 77

El Equipo Auditor evalúa las evidencias registradas por la Oficina de Planeación, para el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas que deben ser consecuentes con lo diligenciado en la herramienta denominada “*Funciones Vs 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 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 Oficina Asesora de Planeación que intervienen en la ejecución procedimental corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se entiende como una debilidad del Sistema de Control Interno.


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

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

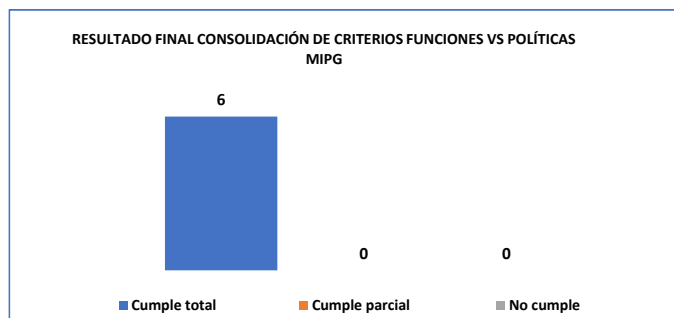
Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que el desarrollo de las actividades del procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 cumple tanto las funciones como las políticas. Si una de las dos variables no logra el nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional, el Equipo Auditor dará por no cumplida la función.

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

Una vez analizada y evaluadas las evidencias remitidas por la Oficina de Planeación del procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas relacionadas con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoría generalmente aceptadas obtiene como resultado que, “*las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función*” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo).

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 58 de 77

Concerniente a lo anterior se muestra los siguientes resultados:




Fuente: Herramienta Análisis de Funciones Vs Políticas MIPG.

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” establece en su artículo 9° las funciones de la Oficina Asesora de Planeación. De las veinte (20) funciones allí definidas, seis (6) guardan relación con las actividades contempladas en el procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15. Estas funciones se relacionan a continuación:

- a. **Función 1.** Diseñar y coordinar el proceso de planeación estratégica anual de actividades y procesos de la Unidad.
- b. **Función 2.** Elaborar, en coordinación con las dependencias de la Unidad, con sujeción al Plan Nacional de Desarrollo, a los Planes de Desarrollo Administrativo Sectorial y al Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas, los planes estratégicos y de acción y el plan operativo anual y plurianual de la Unidad.
- c. **Función 5.** Verificar el cumplimiento de los planes, programas y proyectos de la Unidad y elaborar los informes de seguimiento y propuesta de ajustes a los mismos.
- d. **Función 6.** Diseñar y validar los indicadores de gestión de las dependencias de la Unidad y hacer el seguimiento a través de los sistemas establecidos para el efecto.
- e. **Función 10.** Adelantar estudios técnicos de costo-beneficio, costo-efectividad, factibilidad, análisis de tendencias y los demás que sean necesarios para el diseño y evaluación de los planes, programas y proyectos de la Unidad.
- f. **Función 13.** Apoyar procesos de formulación de planes, programas y proyectos de las dependencias de la Unidad.

En cuanto a las funciones identificadas en el marco normativo se observa:

- **Cumplimiento total:** El Equipo Auditor analiza las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función. Seis (6) funciones de las seis

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 59 de 77

(6) asociadas, evidencian cumplimiento total equivalente a un porcentaje del cien por ciento 100%.


Con respecto a las diecinueve (19) políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Equipo Auditor evidencia que la información y los soportes aportados por la Oficina Asesora de Planeación, en cumplimiento del procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, permiten verificar de manera suficiente su implementación y seguimiento. En consecuencia, se concluye que el procedimiento auditado contribuye al cumplimiento de las políticas definidas en las diferentes dimensiones del Modelo.

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada “*Herramienta para el Análisis de Funciones Vs Políticas MIPG*”, el Equipo Auditor establece que el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, 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.

5.6 GESTIÓN DEL PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES Y PROGRAMAS V15.

En conformidad con la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno el cual dispone en los literales b), c), d), e) y g) que la administración esté orientada en la organización, planeación, diseño y el desarrollo adecuado del Sistema de Control Interno con el fin de: *b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; y g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.*

El Equipo Auditor lleva a cabo la verificación de la información proporcionada por el auditado solicitada en el desarrollo de la auditoría la cual tiene como propósito determinar el grado de cumplimiento de las competencias propias del proceso de Direccionamiento Estratégico desarrolladas con el procedimiento formulación y seguimiento de planes y programas V15. A partir de la información proporcionada, se efectúan los análisis pertinentes, siguiendo las normas de auditoría generalmente aceptadas y utilizando, en este caso, herramientas de análisis de datos y técnicas de estadística descriptiva, que permiten evaluar de manera objetiva el desempeño y la efectividad de la gestión del auditado.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 60 de 77

En cumplimiento del Plan de Auditoría de Control Interno al procedimiento “Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15”, el día 14 de abril de 2026 se lleva a cabo una mesa de trabajo entre las 9:00 a. m. a 11:00 a. m., en la Oficina de Control Interno. Durante la sesión, el auditado presenta los aspectos generales asociados a su ejecución e indica que los productos generados como resultado de la aplicación del procedimiento son los siguientes:


Producto y/o Servicio Generado	Descripción del Producto y/o Servicio
Plan Indicativo Estratégico publicado	El Plan Indicativo es una herramienta de gestión que organiza y orienta estratégicamente las acciones de una entidad, para alcanzar los objetivos y metas acordados con su misión, con el plan nacional de desarrollo y el Plan Indicativo Sectorial, para un período de cuatro años. El plan indicativo establece anualmente sus metas y se ajusta de acuerdo con los resultados de la gestión institucional, las prioridades y las fluctuaciones en los procesos económicos, sociales y políticos del país.
Plan de acción institucional aprobado, monitoreado y evaluado	El plan de acción contiene el conjunto de metas y actividades estratégica estructuradas metodológicamente de la Entidad por vigencia, tanto en el componente misional como transversal y en los órdenes nacional y territorial. Este instrumento permite medir el avance y cumplimiento de programas en relación con los componentes y medidas de la Política de Víctimas.
Planes Institucionales Decreto 612 de 2018	Son documentos que establecen responsables, metas, estrategias y acciones a corto, mediano y largo plazo para la entidad.
Informe seguimiento al avance del Plan de Acción Institucional	El informe de seguimiento al avance y cumplimiento del Plan de Acción Institucional se realiza con la información registrada en la herramienta tecnológica dispuesta para tal fin. Este informe debe analizar y generar las alertas tempranas y oportunidades de mejora a las dependencias del nivel nacional y Direcciones Territoriales sobre el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional. El informe correspondiente al cuarto trimestre corresponde al informe de cierre e informe de gestión de la vigencia, toda vez que agrupa los avances y cumplimientos del respectivo Plan de Acción.

Fuente: Presentación del auditado del 14 de abril de 2026

El Equipo Auditor lleva a cabo la revisión de la trazabilidad y del cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento, mediante la verificación de las evidencias aportadas por el auditado y la ejecución de un recorrido de auditoría efectuado el día 28 de mayo de 2026, con la finalidad de corroborar la adecuada aplicación del procedimiento de Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, considerando su carácter transversal y estratégico, para la planeación institucional y el cumplimiento de la misional de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

El primer producto identificado corresponde al Plan Indicativo Estratégico aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño según consta en el Acta No. 1 numeral 5.9 del 31 de enero de 2023, este producto se contempla en las actividades 1 al 3 del procedimiento.

El segundo producto corresponde al Plan de Acción Institucional, desarrollado en las actividades 4, 5 y 6 del procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas, versión 15. De acuerdo con la evidencia examinada, este plan fue aprobado por el Comité Institucional de Gestión y

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 61 de 77

Desempeño, conforme se registra en el Acta No. 1 del 31 de enero de 2025. Así mismo, se observó que su elaboración guarda relación con los lineamientos definidos en el anterior procedimiento Formulación, Aprobación y Seguimiento al Plan de Acción Institucional, versión 14, documento que fue tomado como antecedente metodológico para la formulación del Plan de Acción Institucional.

El tercer producto corresponde a los demás planes institucionales, cuya formulación y seguimiento se encuentran previstos en el procedimiento auditado. El Decreto 612 de 2018 establece que las entidades deben integrar al Plan de Acción, entre otros, los siguientes planes: PINAR, Plan Anual de Adquisiciones, Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación, Plan de Incentivos Institucionales, Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, PETI, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. De acuerdo con la evidencia revisada, estos planes fueron aprobados por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, según consta en el Acta No. 1 del 31 de enero de 2025.


Finalmente, el cuarto producto del procedimiento auditado corresponde al Informe de seguimiento al avance del Plan de Acción Institucional. Para verificar su cumplimiento, Equipo Auditor revisa las evidencias aportadas en relación con la actividad 10 del procedimiento auditado.

En el desarrollo de la auditoría se verifica el cumplimiento de la actividad 10 del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas, versión 15, denominada “Realizar seguimiento a los planes y programas”. Esta actividad se enmarca en la fase *Verificar* del ciclo PHVA, la cual comprende la revisión y validación de la información reportada por las dependencias responsables, el análisis de los avances, la validación de los seguimientos y generación de informes de gestión y/o seguimiento sobre los planes y programas definidos por la Entidad.

Seguimiento al Plan Indicativo Estratégico 2023-2026

El Plan Indicativo Estratégico 2023-2026 constituye el instrumento que orienta estratégicamente el accionar institucional durante el cuatrienio, en articulación con la misión, visión, objetivos estratégicos, Plan Nacional de Desarrollo, Plan Sectorial e instrumentos de política pública aplicables a la Unidad. De acuerdo con el procedimiento, este plan define las apuestas estratégicas de mediano plazo y sirve de referente para la formulación del Plan de Acción Institucional y de los demás planes y programas.

Como soporte del seguimiento al Plan Indicativo Estratégico 2023-2026, el auditado aporta como evidencias el documento formulado, así como los reportes de seguimiento asociados a los

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 77

instrumentos que lo desarrollan, tales como PND, PMI, CONPES, ODS, proyectos de inversión, PES, PAFI y Plan de Acción Institucional, así como actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, las presentaciones utilizadas para la socialización y seguimiento de los avances, así como el Informe de Gestión correspondiente a la vigencia 2025.

De la revisión efectuada se observa que la Oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento al Plan Indicativo Estratégico de manera articulada con los instrumentos que lo operacionalizan. En particular, se evidencian resultados relacionados con indicadores del Plan Nacional de Desarrollo, Plan Marco de Implementación, CONPES 4031, Objetivos de Desarrollo Sostenible, proyectos de inversión y Plan de Acción Institucional, los cuales permiten medir avances, identificar rezagos y establecer retos institucionales frente al cumplimiento de las metas estratégicas.


Observación No. 4. Ausencia de un reporte integral y periódico de resultados del Plan Indicativo Estratégico 2023-2026

Frente a la actividad 10 del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, se observa que la Oficina Asesora de Planeación realiza el seguimiento al Plan Indicativo Estratégico 2023-2026 a través de diversos instrumentos que materializan su ejecución. Estos incluyen lineamientos de orden nacional como el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Marco de Implementación, documentos CONPES, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y herramientas internas de planeación y gestión como el Plan de Acción Institucional, el Plan Estratégico Sectorial -PES-, el Plan de Acción y Fortalecimiento Institucional -PAFI- y los proyectos de inversión. Por lo anterior, se concluye que existe evidencia de seguimiento al Plan Indicativo Estratégico a través de los instrumentos que lo desarrollan.

No obstante, este seguimiento es indirecto, disperso y carece de consolidación. Por ello, se recomienda fortalecer la trazabilidad mediante la creación de un informe periódico y consolidado del Plan Indicativo Estratégico 2023-2026 que articule de manera integral los avances, rezagos, alertas, responsables, causas de desviación y acciones de mejora frente a las metas del cuatrienio.

Seguimiento al Plan de Acción Institucional 2025.

El Plan de Acción Institucional corresponde al instrumento mediante el cual se materializan, para cada vigencia, las estrategias, acciones, metas, indicadores, responsables y recursos orientados al cumplimiento de los objetivos definidos en el Plan Indicativo Estratégico. En este sentido, el Plan de Acción Institucional constituye uno de los principales instrumentos operativos para realizar seguimiento a la gestión institucional y al cumplimiento de las metas estratégicas.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 63 de 77


Como evidencia aportada por el auditado para el seguimiento al Plan de Acción Institucional 2025, se verifican los informes trimestrales de seguimiento. También, las presentaciones mensuales de seguimiento al Plan de Acción Institucional, las presentaciones realizadas ante Comité Directivo y Comité Ampliado, así como las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Informe de Gestión de la vigencia 2025.

De la revisión de estas evidencias se observa que la Oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento periódico al Plan de Acción Institucional a partir de la información registrada en SIPLAN+, herramienta dispuesta para el reporte, validación y análisis de los avances de los indicadores. Los informes revisados presentan metodología de cálculo, fuente de información, corte de seguimiento, análisis de resultados a nivel nacional y territorial, resultados por dependencias, identificación de incumplimientos, conclusiones y recomendaciones.

En los informes trimestrales se evidencia seguimiento durante la vigencia 2025. Para el primer trimestre se reporta un cumplimiento global del 53% frente a una meta programada del 52%; para el segundo trimestre se reportan 81 indicadores previstos, con cumplimiento promedio global del 52% frente al 58% programado; en cuanto al tercer trimestre se reportan 99 indicadores, con cumplimiento promedio global del 61% frente al 68% programado y para el cuarto trimestre se reportan 135 indicadores, con cumplimiento promedio global del 86% frente al 100% programado.

Así mismo, las presentaciones mensuales revisadas evidencian los monitoreos realizados con corte a marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, octubre, noviembre y diciembre de 2025, tanto para el nivel nacional como territorial. Estas presentaciones incluyen resultados de cumplimiento de metas e indicadores, análisis por dependencias y direcciones territoriales, identificación de indicadores con niveles de ejecución inferiores a los esperados, solicitudes de cambio, alertas relacionadas con tiempos de reporte, validación y aprobación en SIPLAN+, así como recomendaciones relacionadas con cargue de información, actualización de usuarios, capacitación de enlaces y oportunidad en los reportes.

De igual manera, se evidencia que las alertas generadas por la Oficina Asesora de Planeación no se limitaron a presentar porcentajes de avance, sino que también identificaron situaciones que podían afectar la calidad y oportunidad del seguimiento, tales como incumplimiento de tiempos de registro, validación y aprobación, reprocesos asociados a solicitudes de cambio, necesidad de creación o actualización de usuarios en la herramienta, fortalecimiento de capacidades de los equipos responsables y posibles afectaciones por cargas laborales.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 77

Observación No. 5

Con base en lo anterior, frente a la actividad 10 del procedimiento, se concluye que las evidencias aportadas permiten soportar el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación al Plan de Acción Institucional 2025. Los informes trimestrales y presentaciones de seguimiento demuestran análisis de información reportada en SIPLAN+, validación de avances, generación de alertas, identificación de incumplimientos, formulación de recomendaciones y consolidación de resultados por dependencias y territorios.


No obstante, se recomienda fortalecer la trazabilidad documental del seguimiento, conservando de manera organizada y asociada a cada corte los reportes fuente descargados de SIPLAN+, las evidencias de validación y aprobación por parte de los responsables, los soportes de socialización ante instancias directivas, las solicitudes de ajuste o cambio y las acciones adoptadas frente a las alertas identificadas. Esto permitiría demostrar de manera integral no solo la elaboración de los informes, sino también la trazabilidad completa del reporte, validación, análisis, decisión y mejora del Plan de Acción Institucional.

Seguimiento a los planes Decreto 612 de 2018 en el marco de la actividad 10 del procedimiento.

El Decreto 612 de 2018 establece que las entidades deben integrar al Plan de Acción, entre otros, los siguientes planes: PINAR, Plan Anual de Adquisiciones, Plan Anual de Vacantes, Plan de Previsión de Recursos Humanos, Plan Estratégico de Talento Humano, Plan Institucional de Capacitación, Plan de Incentivos Institucionales, Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, PETI, Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

La actividad 10 del procedimiento exige que el responsable de cada plan o programa realice seguimiento y analice la información reportada en la herramienta tecnológica o instrumento definido por la Unidad. Además, que se elaboren informes de gestión y/o seguimiento, se revisen por la Oficina Asesora de Planeación y, cuando corresponda, se presenten y socialicen en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Las salidas previstas son el seguimiento validado en la herramienta tecnológica o instrumento y los informes de gestión y/o seguimiento de los planes o programas.

Revisadas las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño aportadas como evidencia, se observa que el acta del 31 de enero de 2025 soporta la presentación y aprobación de planes institucionales de la vigencia 2025, las actas No. 3, No. 4 y No. 7 evidencian sesiones posteriores de seguimiento a planes institucionales definidos en el Decreto 612 de 2018.


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 65 de 77

No obstante, frente a la actividad 10 del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, la evidencia aportada permite acreditar parcialmente su cumplimiento, toda vez que las actas demuestran la socialización y presentación de resultados ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, pero no contienen de manera suficiente los informes de gestión y/o seguimiento individualizados por cada plan, ni los reportes o validaciones generadas en la herramienta tecnológica o instrumento dispuesto por la entidad, que constituyen salidas previstas en el procedimiento.

Al contrastar los soportes con los planes señalados en el Decreto 612 de 2018, no se evidenció soporte específico de seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones, por lo cual no es posible concluir el cumplimiento integral de la actividad 10 respecto de la totalidad de los planes institucionales y estratégicos exigidos.

Observación No. 6

De acuerdo con las evidencias revisadas, se concluye que la Oficina Asesora de Planeación desarrolla la actividad 10 del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas, versión 15, respecto del seguimiento a los planes y programas: para el Plan Indicativo Estratégico, se evidencian seguimientos a los instrumentos que lo desarrollan y operacionalizan. Sin embargo, se identifica oportunidad de mejora en la consolidación de un informe específico que articule de manera integral el avance de sus objetivos estratégicos, metas, indicadores, resultados, rezagos y acciones de mejora; para el Plan de Acción Institucional, las evidencias permiten observar un seguimiento periódico, estructurado y soportado en SIPLAN+, con informes trimestrales, presentaciones de avance, análisis de resultados, alertas y recomendaciones; y con relación a los demás planes institucionales se concluye que los soportes aportados son pertinentes para demostrar seguimiento parcial a los planes institucionales; sin embargo, no son suficientes para acreditar el cumplimiento total de la actividad 10 del procedimiento, debido a que no se aportaron los informes de seguimiento individualizados, los reportes de la herramienta tecnológica o instrumento de seguimiento, ni evidencia completa de todos los planes previstos en el Decreto 612 de 2018.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 66 de 77

6. HALLAZGOS DE AUDITORIA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO IDENTIFICADAS DURANTE EL EJERCICIO AUDITOR AL PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTOS A PLANES PROGRAMAS V15

6.1 DEBILIDADES

A partir de lo evidenciado en el proceso auditor y cotejado ello con los marcos normativos, administrativos y de gestión, el Equipo Auditor considera que la siguiente situación es constitutiva de debilidad del modelo de control interno y resultado, por lo tanto, debe ser objeto de acciones correctivas por parte del líder del procedimiento con el fin de subsanarla.


Debilidad No. 1 Incumplimiento en el avance de metas e indicadores del plan de acción 2025.

Se evidencia debilidad en el sistema de control interno referente a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación en el procedimiento “*formulación y seguimiento de planes y programas V15*” del proceso direccionamiento estratégico, asociado al indicador denominado “*cumplimiento del plan anual de ejecución y seguimiento del programa de transparencia*”, toda vez que presenta falencias tanto en el avance como en el cumplimiento de su ejecución en el plan de acción vigencia 2025. 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 la falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de la meta a determinar en la actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

6.2 OBSERVACIONES

Observación No. 1. Fortalecimiento de la fase Actuar dentro del flujo procedimental

Se observa que el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15 desarrolla de manera general el ciclo PHVA definido en la Caracterización del Proceso Direccionamiento Estratégico, especialmente en las fases de planear, hacer y verificar. No obstante, la fase de actuar no está expresamente definida como una actividad de cierre dentro del flujo procedimental, aunque se encuentra contemplada en la caracterización del proceso y puede inferirse a partir de la gestión de ajustes, no conformidades, alertas tempranas y oportunidades de mejora.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 67 de 77

Esta situación constituye una oportunidad de mejora documental y operativa, dado que la ausencia de una actividad explícita de cierre puede limitar la trazabilidad de las acciones correctivas, preventivas y de mejora derivadas del seguimiento a los planes y programas.

Observación No. 2. Definición y documentación de puntos de control

Los puntos de control se encuentran parcialmente definidos, toda vez que se identifican en actividades clave de revisión, aprobación y seguimiento. Sin embargo, se recomienda fortalecer su documentación para que cada punto de control precise criterio de control, responsable, periodicidad, evidencia esperada y tratamiento ante desviaciones. También se recomienda evaluar la inclusión de puntos de control explícitos en las actividades de publicación/socialización y ejecución/reporte, por su impacto en el cumplimiento normativo, la trazabilidad, la transparencia y la medición del desempeño institucional.


Observación No. 3. Falencia en el tratamiento de desviaciones de controles asociados al mapa de riesgos institucional.

Durante la evaluación de la gestión y administración de riesgos del *Procedimiento de formulación y seguimiento de planes y programas V15*, se identificó una deficiencia en el diseño del Control No. 3. Aunque el control establece que el profesional de la Oficina Asesora de Planeación (OAP) debe realizar una verificación mensual (con reporte al Comité Directivo y soporte en archivo Excel), omite definir explícitamente el curso de acción o tratamiento a seguir en caso de identificar observaciones, desviaciones, incumplimientos o inconsistencias. En consecuencia, al no especificar el manejo de estas alertas, el control pierde efectividad y limita su capacidad real para mitigar el riesgo.

Es fundamental que los controles integren todos los lineamientos definidos en la Guía de Administración del Riesgo - DAFP - y de la metodología de administración del riesgo de la Unidad, Su adecuada definición permite determinar con claridad el responsable, la periodicidad, el desarrollo, los soportes requeridos y los correctivos ante posibles incumplimientos. De esta manera, se fortalece la capacidad preventiva del control y se facilita su seguimiento y evaluación.

Observación No. 4. Ausencia de un reporte integral y periódico de resultados del Plan Indicativo Estratégico 2023-2026

Frente a la actividad 10 del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, se observa que la Oficina Asesora de Planeación realiza el seguimiento al Plan Indicativo Estratégico 2023-2026 a través de diversos instrumentos que materializan su ejecución. Estos incluyen lineamientos de orden nacional como el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Marco de Implementación, documentos CONPES, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y herramientas

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 68 de 77

internas de planeación y gestión como el Plan de Acción Institucional, el Plan Estratégico Sectorial -PES-, el Plan de Acción y Fortalecimiento Institucional -PAFI- y los proyectos de inversión. Por lo anterior, se concluye que existe evidencia de seguimiento al Plan Indicativo Estratégico a través de los instrumentos que lo desarrollan.

No obstante, este seguimiento es indirecto, disperso y carece de consolidación. Por ello, se recomienda fortalecer la trazabilidad mediante la creación de un informe periódico y consolidado del Plan Indicativo Estratégico 2023-2026 que articule de manera integral los avances, rezagos, alertas, responsables, causas de desviación y acciones de mejora frente a las metas del cuatrienio.


Observación No. 5. Fortalecimiento de la trazabilidad documental del seguimiento al Plan de Acción Institucional 2025

Se observa que la Oficina Asesora de Planeación realizó seguimiento periódico al Plan de Acción Institucional 2025 a partir de la información registrada en SIPLAN+, con informes trimestrales, presentaciones de seguimiento, análisis de resultados, alertas, identificación de incumplimientos y formulación de recomendaciones.

No obstante, se requiere fortalecer la trazabilidad documental del seguimiento, conservando de manera organizada y asociada a cada corte, los reportes fuente descargados de SIPLAN+, las evidencias de validación y aprobación por parte de los responsables, los soportes de socialización ante instancias directivas, las solicitudes de ajuste o cambio y las acciones adoptadas frente a las alertas identificadas.

Observación No. 6. Seguimiento a los planes institucionales del Decreto 612 de 2018

De acuerdo con las evidencias revisadas, se concluye que la Oficina Asesora de Planeación desarrolla la actividad 10 del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas, versión 15, respecto del seguimiento a los planes y programas: para el Plan Indicativo Estratégico, se evidencian seguimientos a los instrumentos que lo desarrollan y operacionalizan. Sin embargo, se identifica oportunidad de mejora en la consolidación de un informe específico que articule de manera integral el avance de sus objetivos estratégicos, metas, indicadores, resultados, rezagos y acciones de mejora; para el Plan de Acción Institucional, las evidencias permiten observar un seguimiento periódico, estructurado y soportado en SIPLAN+, con informes trimestrales, presentaciones de avance, análisis de resultados, alertas y recomendaciones; y con relación a los demás planes institucionales se concluye que los soportes aportados son pertinentes para demostrar seguimiento parcial a los planes institucionales; sin embargo, no son suficientes para

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 69 de 77

acreditar el cumplimiento total de la actividad 10 del procedimiento, debido a que no se aportaron los informes de seguimiento individualizados, los reportes de la herramienta tecnológica o instrumento de seguimiento, ni evidencia completa de todos los planes previstos en el Decreto 612 de 2018.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

Fortaleza No. 1

Se evidencia que el procedimiento auditado se encuentra formalmente articulado con el proceso Direccionamiento Estratégico, en la medida en que su objetivo permite orientar la formulación, aprobación, modificación y seguimiento del Plan Indicativo Estratégico, los planes institucionales, los programas de la Unidad y el Plan de Acción Institucional, en coherencia con la misión, visión, Plan Nacional de Desarrollo, Plan Sectorial y demás instrumentos de planeación aplicables.

Fortaleza No. 2


La actualización del procedimiento de la versión 14 a la versión 15, toda vez que se amplió su alcance institucional. La versión anterior se concentraba principalmente en el Plan de Acción Institucional, mientras que la versión 15 incorpora de manera expresa el Plan Indicativo Estratégico, los planes institucionales y los programas de la Unidad, fortaleciendo la integralidad, articulación y trazabilidad de la planeación estratégica.

Fortaleza No. 3

Se destaca el seguimiento periódico al Plan de Acción Institucional 2025, realizado a partir de la información registrada en SIPLAN+, herramienta que permite el reporte, validación y análisis de avances de los indicadores. Los informes revisados incorporan metodología de cálculo, fuente de información, cortes de seguimiento, análisis de resultados a nivel nacional y territorial, identificación de incumplimientos, conclusiones y recomendaciones, lo que contribuye a la trazabilidad y al monitoreo de la gestión institucional.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examina las acciones planteadas y ejecutadas por el equipo encargado del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas, en auditorías pretéritas. Esta evaluación permite establecer si la gestión presenta la efectividad necesaria para eliminar las causales que dieron origen a la debilidad.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 77

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

De acuerdo con el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno a los Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías de gestión adelantadas en las vigencias 2018 a 2025, en cumplimiento de la Fase 5 “Seguimiento del Progreso” establecida en la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, se realizó la verificación de las acciones correctivas implementadas por los procesos auditados, con el propósito de validar su avance, implementación y efectividad.

Para el caso particular del proceso de “Direccionamiento Estratégico”, una vez realizada la validación de la información consolidada y los registros de seguimiento administrados por la Oficina de Control Interno, se evidenció que el proceso no presenta planes de mejoramiento abiertos derivados de auditorías de gestión realizadas en las vigencias 2018 a 2025.


En consecuencia, no se identifican acciones pendientes de implementación ni debilidades sujetas a seguimiento en el marco del presente ejercicio.

8.2 Plan de Mejoramiento Ente de Control (CGR)

En el marco de los procesos auditores adelantados por la Contraloría General de la República, se generó el Plan de Mejoramiento Institucional de la UARIV; dentro de este, se encuentran vigentes tres (3) hallazgos relacionados con el proceso de Direccionamiento Estratégico.

Para el caso que nos ocupa, sobre el procedimiento de este proceso denominado “FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES Y PROGRAMAS V15” el cual define las directrices para la formulación, aprobación y actualización del Plan Indicativo Estratégico, los planes institucionales y los programas de la Unidad, con el fin de alinear el quehacer institucional y por ende, asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y garantizar la coherencia con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y el sector correspondiente, existen 6 actividades las cuales guardan relación con este procedimiento.

RESPONSABLE	AUDITORÍA	CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA
DIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS - OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	Auditoría intersectorial de cumplimiento a las medidas establecidas y ejecutadas en las vigencias 2021 y 2022 para la atención y reparación colectiva en población sujeta de enfoque diferencial	1	El presupuesto apropiado según los trazadores presupuestales étnicos reportados por la Unidad para las Víctimas en las vigencias 2021 y 2022 asciende al valor de \$441.047.360.415 de los cuales se ejecutaron \$400.911.683.088, lo que representa el 92% del nivel de ejecución; esta baja ejecución se da específicamente en	Debilidad en la gestión por parte de la UARIV para ejecutar las actividades necesarias para el desarrollo y cumplimiento de los proyectos planteados, causando un posible perjuicio en la ejecución e implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas de pueblos étnicos.	Implementar acciones para el fortalecimiento de la gestión interinstitucional dirigida a pueblos étnicos.


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 71 de 77

			algunos proyectos para los pueblos étnicos.		
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SUBDIRECCIÓN GENERAL	Auditoría de Financiera VIG 2023	3	"Inejecución presupuestal porque la entidad no celebra oportunamente contratos y convenios destinados a atender las necesidades de la población víctima, debido a deficiencias de planeación de la UARIV que afectan la ejecución de los programas, convenios y proyectos encaminados para la atención de las necesidades de las víctimas".	"(...) deficiencias de planeación de la UARIV en la ejecución de los programas, convenios y proyectos relacionados con la reparación de las víctimas, lo cual, se refleja en la inoportunidad de la entidad para la celebración de contratos y convenios destinados a atender las necesidades de esta población"	Seguimientos mensuales para advertir alertas sobre ritmo de ejecución física, financiera y de facturación
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SUBDIRECCIÓN GENERAL			"Inejecución presupuestal porque la entidad no celebra oportunamente contratos y convenios destinados a atender las necesidades de la población víctima, debido a deficiencias de planeación de la UARIV que afectan la ejecución de los programas, convenios y proyectos encaminados para la atención de las necesidades de las víctimas".	"(...) deficiencias de planeación de la UARIV en la ejecución de los programas, convenios y proyectos relacionados con la reparación de las víctimas, lo cual, se refleja en la inoportunidad de la entidad para la celebración de contratos y convenios destinados a atender las necesidades de esta población"	Seguimientos mensuales para advertir alertas sobre ritmo de ejecución física, financiera y de facturación
GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE - OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN - ALTA DIRECCIÓN			"(...) la UARIV constituyó 464 reservas presupuestales por \$121.469.184.750, de las cuales; no se refrendan 21 por \$16.359.210.830,06, dado que no corresponden a situaciones de fuerza mayor o caso fortuito, evidenciándose deficiencias en el cumplimiento del principio de planeación contractual, de los mecanismos de control interno y supervisión".	"(...) deficiencias en los procesos de planeación y supervisión en la ejecución de los contratos, así como en la adopción de procedimientos para la entrega de los soportes que permitan evidenciar el cumplimiento y pago de las obligaciones contractuales por parte del contratista".	Desarrollar y establecer lineamientos específicos para mitigar la constitución del rezago presupuestal, asegurando el cumplimiento de los requisitos legales y normativos, fortaleciendo los mecanismos de control interno contable e implementar acciones que conduzcan a ejercicios de planeación efectiva, eficaz y eficiente por parte de los responsables de ejecutar los recursos.
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN - ALTA DIRECCIÓN	Auditoría de Financiera VIG 2023	4	"(...) la UARIV constituyó 464 reservas presupuestales por \$121.469.184.750, de las cuales; no se refrendan 21 por \$16.359.210.830,06, dado que no corresponden a situaciones de fuerza mayor o caso fortuito, evidenciándose deficiencias en el cumplimiento del principio de planeación contractual, de los mecanismos de control interno y supervisión".	"(...) deficiencias en los procesos de planeación y supervisión en la ejecución de los contratos, así como en la adopción de procedimientos para la entrega de los soportes que permitan evidenciar el cumplimiento y pago de las obligaciones contractuales por parte del contratista".	Desarrollar y establecer lineamientos específicos para mitigar la constitución del rezago presupuestal, asegurando el cumplimiento de los requisitos legales y normativos, fortaleciendo los mecanismos de control interno contable e implementar acciones que conduzcan a ejercicios de planeación efectiva, eficaz y eficiente por parte de los responsables de ejecutar los recursos.
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN - ALTA DIRECCIÓN			"(...) la UARIV constituyó 464 reservas presupuestales por \$121.469.184.750, de las cuales; no se refrendan 21 por \$16.359.210.830,06, dado que no corresponden a situaciones de fuerza mayor o caso fortuito, evidenciándose deficiencias en el cumplimiento del principio de planeación contractual, de los mecanismos de control interno y supervisión".	"(...) deficiencias en los procesos de planeación y supervisión en la ejecución de los contratos, así como en la adopción de procedimientos para la entrega de los soportes que permitan evidenciar el cumplimiento y pago de las obligaciones contractuales por parte del contratista".	Desarrollar y establecer lineamientos específicos para mitigar la constitución del rezago presupuestal, asegurando el cumplimiento de los requisitos legales y normativos, fortaleciendo los mecanismos de control interno contable e implementar acciones que conduzcan a ejercicios de planeación efectiva, eficaz y eficiente por parte de los responsables de ejecutar los recursos.

Fuente: Seguimiento OCI planes de mejoramiento CGR

De acuerdo con los informes del ente de control, los hallazgos identificados en las auditorías de la Contraloría General de la República obedecen principalmente a debilidades estructurales y operativas, tales como:

- Deficiencias en la capacidad de gestión operativa y administrativa por parte de la Unidad para las Víctimas (UARIV) para materializar los proyectos, generando un riesgo inminente de incumplimiento y retraso en la implementación de la política pública de atención,

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 72 de 77

asistencia y reparación integral, afectando directamente los derechos y garantías de los pueblos étnicos.

- Inoportunidad en la suscripción de convenios y contratos por parte de la UARIV, situación que refleja graves deficiencias de planeación institucional, impactando negativamente la ejecución de la política pública y la atención efectiva a las víctimas del conflicto armado.

La estrategia de mejora se enfoca en los siguientes elementos que se detallan a continuación, no obstante, se mantienen toda vez que, en su seguimiento previo, tanto por la Oficina de Control Interno como por la Contraloría General de la República se concluye que algunas de las acciones evaluadas no fueron efectivas:

- 1. Auditoría intersectorial de cumplimiento a las medidas establecidas y ejecutadas en las vigencias 2021 y 2022 para la atención y reparación colectiva en población sujeta de enfoque diferencial - Hallazgo 1.** El presupuesto apropiado según los trazadores presupuestales étnicos reportados por la Unidad para las Víctimas en las vigencias 2021 y 2022 asciende al valor de \$441.047.360.415 de los cuales se ejecutaron \$400.911.683.088, lo que representa el 92% del nivel de ejecución; esta baja ejecución se da específicamente en algunos proyectos para los pueblos étnicos.


Actividad

“Caracterizar y formular un proceso para los asuntos étnicos entre la Dirección de Asuntos Étnicos y la Oficina Asesora de Planeación”.

La Comisión Auditora de la CGR en Informe Nro. 14 AF UARIV, Vig 2024 establece lo siguiente: *“Las acciones de mejora adelantadas por la UARIV se implementaron al 100% sin embargo no fueron efectivas, porque generó un nuevo hallazgo. No. 6 ejecución presupuestal vigencia 2024 (D), situación que denota que las acciones de mejora planteadas no han sido efectivas”.*

Así mismo, en el INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas - UARIV Vigencia 2025 Junio de 2026 CAT_143_2026 el ente de control ratifica que la actividad formulada para este hallazgo no se cumplió y no es efectiva.

- 2. Auditoría de Financiera VIG 2023 - Hallazgo 3** *“Inejecución presupuestal porque la entidad no celebra oportunamente contratos y convenios destinados a atender las necesidades de la población*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 73 de 77

víctima, debido a deficiencias de planeación de la UARIV que afectan la ejecución de los programas, convenios y proyectos encaminados para la atención de las necesidades de las víctimas".

Actividad

"Reporte de ejecución registrado en SIIF nación y en la PIIP (DNP)".

La Comisión Auditora de la CGR en Informe Nro. 14 AF UARIV, Vig 2024 establece lo siguiente: *"Las acciones de mejora adelantadas por la UARIV se implementaron al 100% sin embargo no fueron efectivas, porque generó un nuevo hallazgo. No. 6 Ejecución presupuestal vigencia 2024 (D), situación que denota que las acciones de mejora planteadas no han sido efectivas".*


Así mismo, en el INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas - UARIV Vigencia 2025 Junio de 2026 CAT_143_2026, el ente de control establece que la actividad se cumple, sin embargo, no es efectiva. Por lo tanto, el hallazgo se mantiene dentro del Plan de Mejoramiento y la actividad se tendría que reformular.

3. Auditoria de Financiera VIG 2023 – Hallazgo 4 *"(...) la UARIV constituyó 464 reservas presupuestales por \$121.469.184.750, de las cuales; no se refrendan 21 por \$16.359.210.830,06, dado que no corresponden a situaciones de fuerza mayor o caso fortuito, evidenciándose deficiencias en el cumplimiento del principio de planeación contractual, de los mecanismos de control interno y supervisión".*

Actividad

- Capacitaciones que se incluirán en plan institucional de capacitación.
- Crear y formalizar un procedimiento detallado que defina los pasos y criterios para la constitución del rezago

La Comisión Auditora de la CGR en el INFORME DE AUDITORÍA INDEPENDIENTE Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas - UARIV Vigencia 2025 Junio de 2026 CAT_143_2026, establece que las actividades se cumplen, sin embargo, no son efectivas. Por lo tanto, el hallazgo se mantiene dentro del Plan de Mejoramiento y sus actividades se tendrían que reformular.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 77

9 RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión del proceso de Dirección Estratégico está incluido en el resultado obtenido por la Oficina Asesora de Planeación en la evaluación por dependencias y obtuvo un logro del 7.74/10.00.


10 CONCEPTO DE AUDITORÍA

La Oficina de Control Interno realizó auditoría interna al Sistema de Control Interno del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, asociado al proceso Direccionamiento Estratégico, liderado por la Oficina Asesora de Planeación, en cumplimiento de las funciones asignadas por la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014, la Resolución 100 del 5 de febrero de 2016 de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y demás normativa aplicable al ejercicio de evaluación independiente.

La auditoría tuvo como propósito evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno del procedimiento, visto desde el logro de metas, la aplicación de normas, la implementación de modelos de gestión y control, así como los mecanismos de seguimiento establecidos para la formulación, aprobación, modificación, ejecución, reporte y seguimiento del Plan Indicativo Estratégico, el Plan de Acción Institucional, los planes institucionales y los programas de la Unidad. El periodo evaluado comprendió la gestión desarrollada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

Como resultado del ejercicio auditor, se evidencia que el procedimiento auditado cuenta con una estructura formalmente definida y articulada con la Caracterización del Proceso Direccionamiento Estratégico, desarrolla de manera general el ciclo PHVA, especialmente en las fases de planear, hacer y verificar, y dispone de mecanismos de seguimiento a los planes y programas institucionales. Así mismo, se destaca la actualización del procedimiento a la versión 15, la cual amplió su alcance frente a la versión anterior, pasando de un enfoque concentrado en el Plan de Acción Institucional a un modelo más amplio de planeación estratégica institucional, que incorpora el Plan Indicativo Estratégico, los planes institucionales y los programas de la Unidad.

En relación con las variables del Sistema de Control Interno evaluadas (indicadores, riesgos, sistema de control, mejora o valor agregado y seguimiento) el Equipo Auditor determina que el procedimiento presenta avances en su implementación; no obstante, dichos avances requieren fortalecimiento para asegurar un funcionamiento integral, sostenido y trazable del Sistema de Control Interno. En particular, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la definición expresa de la fase actuar dentro del flujo procedimental, la documentación de puntos de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 75 de 77


control, la trazabilidad de acciones de mejora, la consolidación del seguimiento al Plan Indicativo Estratégico y la conservación sistemática de evidencias derivadas de los ejercicios de monitoreo y evaluación.

El resultado consolidado de la evaluación del Sistema de Control Interno del procedimiento fue de 80,51%, equivalente a un nivel Medio de madurez. Esta calificación permite concluir que existen controles, mecanismos de seguimiento y herramientas de gestión en funcionamiento; sin embargo, estos aún no alcanzan un nivel óptimo de suficiencia, integralidad y trazabilidad que permita evidenciar plenamente la efectividad del control frente al cumplimiento de los objetivos del procedimiento.

En el análisis de funciones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se evidenció que el procedimiento cumple con las funciones identificadas en el marco normativo y contribuye a la implementación de las políticas del Modelo, sin que se configurara debilidad en este componente. De igual manera, en las variables de indicadores, riesgos, control, mejora o valor agregado y seguimiento, el Equipo Auditor identificó elementos de gestión que soportan el funcionamiento del procedimiento, aunque con recomendaciones orientadas a fortalecer su uso como fuente para la toma de decisiones, la administración de riesgos, el seguimiento y la mejora continua.

No obstante, el Equipo Auditor identificó una debilidad del Sistema de Control Interno asociada al incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el Plan de Acción 2025, específicamente respecto del indicador denominado “Cumplimiento del Plan Anual de Ejecución y Seguimiento del Programa de Transparencia”, vinculado al Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15. Esta situación evidencia falencias en el avance y cumplimiento de la ejecución programada, y no se encuentra conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, la Ley 152 de 1994 y los lineamientos aplicables del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Como causa potencial se identifica la necesidad de fortalecer la planeación de metas, la definición de líneas base, el diseño de indicadores y el seguimiento mediante tableros de control que permitan una gestión más oportuna y efectiva.

Con base en los resultados obtenidos en la Auditoría realizada al procedimiento, la Oficina de Control Interno emite concepto de auditoría con nivel de madurez Medio para el Sistema de Control Interno del Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15. El procedimiento cuenta con elementos estructurales, normativos y operativos que soportan su gestión; sin embargo, requiere fortalecer la planeación, seguimiento, trazabilidad, documentación de controles, gestión de desviaciones y uso de la información para la toma de decisiones, con el fin de elevar la efectividad del Sistema de Control Interno y reducir el riesgo de incumplimiento de los objetivos institucionales.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 76 de 77

En consecuencia, se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación formular e implementar las acciones de mejora correspondientes, con responsables, plazos, productos verificables y mecanismos de seguimiento, orientadas a cerrar la debilidad identificada y atender las observaciones efectuadas por el Equipo Auditor, especialmente en lo relacionado con el cumplimiento del Plan de Acción, la consolidación del seguimiento al Plan Indicativo Estratégico, la trazabilidad de acciones de mejora, la precisión de los puntos de control y el fortalecimiento de los tableros de seguimiento y control.


Cordialmente,



Nohemilce Quintero Cetina
Auditor Líder



Carlos Arturo Ordoñez Castro
Jefe Oficina de Control Interno

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

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.