 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	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 FINAL DE AUDITORIA AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL PROCEDIMIENTO MEDICION DE LA SATISFACCION PARTES INTERESADAS V2– PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO


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 final del proceso auditor que se relaciona a continuación:

Nombre del Procedimiento:	Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2
Dependencia líder:	Oficina Asesora de Planeación
Responsables del Proceso:	Luis Gabriel Taboada Castro Alexander Hernandez Zorro
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 02 de marzo al 30 de junio de 2026
Equipo Auditor:	Maria Constanza Barco Perez - Auditor Líder Deisy Carolina Diaz Vargas – Auditor Liliana Marcela Criales Rincón - Auditora Gonzalo Eduardo Amortegui Jiménez – Auditor Juan Carlos Castellanos Mayorga -Auditor William Arturo Marquez Montero - Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Jose de Jesús Gutierrez Villalba – Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar la eficiencia, eficacia, efectividad y economía de los Sistemas de Control Interno asociados a los procesos con mayor injerencia de riesgos identificados de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en el marco del Plan de Gobierno “Colombia potencia mundial de la vida”.

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 u cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes de los procedimientos implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 2 de 77

miembros de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Inicia con la formulación del programa de Auditoría para el procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 proceso de Direccionamiento Estratégico, con el fin de evaluar el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025 y concluye con el informe final de auditoría.

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. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión.

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


4. METODOLOGIA UTILIZADA

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

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

5.1. Caracterización del Proceso, Procedimientos, Manuales, Guías e Instructivos

El Sistema de Control Interno contempla como mínimo la caracterización de procesos y procedimientos; mecanismos que materializan la gestión. El modelo de medición soportado en indicadores de gestión que dan cuenta de la evolución y logro de resultados del proceso. El mapa de riesgos, donde se identifican y administran los eventos que puedan impedir el logro de los

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 3 de 77

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 de los procesos y procedimientos. Cuando los elementos del Sistema de Control Interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad el cual está dispuesto en la caracterización del proceso Dirección Estratégico en su V11 del 30 de septiembre de 2025, en los siguientes términos:

“Definir lineamientos, estrategias y la planeación estratégica para la implementación de la política de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas colombianas o extranjeras que se encuentren en el territorio nacional o en el exterior, mediante la estructura de operación, y esquemas de coordinación a través del apoyo técnico y/o financiero con actores oficiales y no oficiales de la cooperación, tanto nacionales como internacionales; así como, el seguimiento al mejoramiento continuo de la gestión institucional con el fin de propender el cumplimiento de las necesidades y expectativas de nuestras partes interesadas, durante la vigencia de la Ley de víctimas, los Decretos Ley Étnicos; y los plazos tiempos y metas establecidas en los PND y el CONPES vigentes.”

Dentro de la caracterización del proceso, específicamente en la etapa "Verificar", se encuentra definida la actividad relacionada con la medición de la satisfacción de las partes interesadas, cuyo propósito es evaluar la percepción sobre los productos y servicios prestados por la entidad y generar información para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo *“Revisar y evaluar el Sistema Integrado de Gestión, mediante los procedimientos: -Revisión por la Dirección, -Medición de la satisfacción de las partes interesadas.*

El Gobierno Nacional, en el año 2015, actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (en adelante MIPG)¹ y lo define como:


“Artículo 2.2.22.3.2. Definición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. 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”.

En el 2017², se actualiza el decreto único del sector función pública y allí el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al regular la 3ª. Dimensión correspondiente a la Gestión con valores para

¹ Decreto 1083. (26, mayo, 2015). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Diario Oficial. Bogotá D.C., No. 49.523 de 26 de mayo de 2015.

² 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.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 77

resultados y en el marco de la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, bajo el título de trabajar por procesos lo define 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”³.

Continuando la línea conductora normativa, el Decreto 1083 de 2015, (que recopila al Decreto 1537 de 2001 artículo 2º) en el Capítulo 5 elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del estado se establece en los artículos 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2 Racionalización de la gestión institucional así;

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

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


Por otra parte, el Departamento Administrativo de la Función Pública en la guía para la gestión por procesos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión resalta que:

“Cabe señalar que los procesos de una entidad constituyen un punto de enlace no solo entre la planeación y operación de esta sino también un punto en el que varios elementos del modelo operan de manera articulada e integrada, siendo este el fin último de la implementación de este. Así mismo, el modelo retoma el enfoque de procesos del sistema de gestión de calidad y de la Carta Iberoamericana para la Calidad de 2008 de la gestión pública centrada en el servicio al ciudadano y para resultados, por ello, Función Pública define en su Marco general del sistema de gestión V2 (2018) que para la operación del MIPG:

*El modelo focaliza su atención en las organizaciones y sus servidores públicos, específicamente en las prácticas y procesos que adelantan para transformar insumos en resultados y en generar los impactos, es decir, su foco, es tanto la gestión y el desempeño organizacional como la satisfacción de los intereses generales de la sociedad (garantizar los derechos, resolver problemas sociales, satisfacer una necesidad de la sociedad, implementar programas concretos, entre otros). Atender su propósito fundamental es la esencia del trabajo de una entidad, lo que la debe llevar a generar un mejor bienestar general de la población, esto es, aportar en la creación de valor público”.*⁴

³ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2021 V4, p - 57

⁴ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). Bogotá, D.C., 2020 V1, p - 12

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	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 desarrollo del anterior precepto, los procesos y procedimientos están encaminados a fortalecer la cadena de valor, para lo cual se debe tener presente los ítems de insumos, procesos, productos, resultados o efectos e impactos. Para ilustrar este aspecto, se trae la siguiente gráfica tomada de la guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión, la cual tiene como fuente la Función Pública, Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de 2017.



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

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

La importancia de los procesos depende de su descripción y como está detalla sus actividades, prácticas, criterios y métodos que conlleven a que tanto sus actividades y sus respectivos controles sean eficaces y efectivos en la gestión del proceso. Las prácticas que describen al proceso detallan la forma de trabajo de los miembros que lo componen y esto facilita tanto su aprendizaje como el de nuevos integrantes en el desenvolvimiento de sus roles y tareas.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 77

En relación con lo anterior el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, 2014 en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECI en lo correspondiente a los objetivos de control de planeación y gestión, establece: *b) Procesos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales, de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos, procurando su simplificación y actualización de manera permanente* c "Políticas operacionales y delimitación precisa de la autoridad y niveles de responsabilidad (subrayado fuera de texto).

Se realizó la revisión del Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas, identificando debilidades relacionadas con su actualización, aplicación y seguimiento. Los criterios de evaluación se fundamentan en la Ley 87 de 1993, especialmente en los artículos 2 y 4, referentes a la eficiencia, eficacia, mejoramiento continuo y la obligación de establecer y aplicar procedimientos, mecanismos de control, seguimiento y evaluación que garanticen el cumplimiento de los objetivos institucionales.

A continuación, se presentan las observaciones identificadas durante la auditoría:

Vigencia normativa y documental obsoleta

El documento corresponde a la versión 02 con fecha del 25 de abril de 2018. Han transcurrido más de 8 años sin revisiones periódicas, lo cual vulnera las buenas prácticas de los Sistemas Integrados de Gestión (SIG) que exigen actualizaciones ante cambios institucionales, normativos o de entorno.


Incongruencia en la definición de partes interesadas

En la sección de Definiciones (Pág. 1), se establece que las partes interesadas son: *Víctimas, Entidades Públicas del nivel nacional, Entidades Territoriales, Sociedad y Comunidad Internacional, y Cliente Interno*. Sin embargo, en los Criterios de Operación (Pág. 2), la lista cambia y menciona a: *Víctimas, Cooperantes, Entidades del SNARIV, Servidores Públicos y Entidades Territoriales*. Esta falta de coherencia interna demuestra que el procedimiento no fue revisado ni alineado correctamente en su última versión y carece de claridad sobre a quiénes se debe medir legal y operativamente hoy en día.

Redacción deficiente y errores de copiado

En la definición de *Sociedad y Comunidad Internacional*, el texto repite de forma idéntica e incoherente la frase: "*...es decir, es increíble cómo es increíble es el grupo de comunidades...*". Esto evidencia una falta de control de calidad y revisión editorial en el proceso de actualización documental por parte de la Oficina Asesora de Planeación.

Eliminación de herramientas estándar

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 77

En el histórico de modificaciones se menciona que en esta versión “Se elimina el instructivo para medir la satisfacción del cliente y el formato para la aplicación de encuesta de satisfacción”. Al eliminar el formato estándar y dejar que cada proceso defina su propio instrumento, la entidad pierde estandarización, lo que dificulta la consolidación de datos institucionales, ya que cada área puede usar metodologías, escalas de medición y criterios de muestra distintos y no comparables.

Frecuencias de medición

Para el grupo de "Ciudadanos - Víctimas", el procedimiento estipula que la frecuencia será "De acuerdo con lo establecido en la ficha técnica del instrumento a implementar". Al no dejar fija una periodicidad mínima institucional (ej. semestral, anual), sobre viene el riesgo que algunos procesos dejen pasar años sin aplicar mediciones por vacíos en sus fichas técnicas locales.

Trazabilidad y el flujo de actividades

Ruptura en el Flujo de Acciones de Mejora (Actividades 5 y 6): En los criterios de operación se detalla de forma muy clara qué hacer si el resultado es Positivo, Indiferente o Negativo (generando acciones de mejora o correctivas según el caso). No obstante, en la Tabla de Actividades (Págs. 4 y 5), la actividad número 6 ("Generar las acciones correctivas...") únicamente menciona su ejecución si se deriva del análisis, pero el flujo salta directamente de la Actividad 5 (Análisis) a enviar el informe a Planeación (Actividad 7) e ingresarlo a un software llamado *SISGESTION*. No queda explícitamente amarrado en el flujograma el seguimiento de los resultados "indiferentes" (nivel medio) que menciona el texto descriptivo.


Errores de numeración e inconsistencia en la tabla de actividades

En la página 4, la tabla pasa de la actividad 1, 2, 3 a un bloque confuso que dice "3. PC 4. 5." mezclando la descripción de actividades. En la página 5, la tabla numera las actividades como "6. 7." en una sola fila y "8. 9." en otra.

Un procedimiento formal de calidad no puede tener duplicidad o compresión de numerales de actividades. Esto genera confusión sobre el responsable exacto de cada tarea y rompe la estructura del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

Debilidad N°1:

Desactualización y obsolescencia del Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 8 de 77


Se evidenció que el Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2 no ha sido actualizado desde el 25 de abril de 2018, es decir un lapso de ocho (8) años de antigüedad. Esta situación genera un riesgo de obsolescencia documental, debido a que no existe evidencia de revisiones periódicas que permitan verificar la vigencia, pertinencia y suficiencia de las actividades, controles, responsables, metodologías y registros definidos en el procedimiento frente a las necesidades actuales de la entidad. Ejemplo de ello es que la plataforma tecnológica cambio o por lo menos no se llama igual, es un cambio que obliga al proceso a actualizar su caracterización.

Lo anterior contraviene lo dispuesto en los artículos 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2 del Decreto 1083 de 2015, relacionados con la racionalización de la gestión institucional y la obligación de las entidades de elaborar, adoptar y aplicar procedimientos que contribuyan al adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno. Asimismo, incumple lo establecido en el artículo 2.2.21.3.5 del mismo Decreto, el cual señala que las entidades deben documentar, aplicar, validar y actualizar permanentemente sus métodos, metodologías, procesos y procedimientos, con el propósito de garantizar el cumplimiento de sus funciones, metas y objetivos institucionales.

La ausencia de actualización periódica limita la capacidad de la entidad para incorporar cambios normativos, tecnológicos, organizacionales y metodológicos que se han presentado durante los últimos años, pudiendo afectar la efectividad del procedimiento como herramienta de gestión y control. Adicionalmente, aumenta el riesgo de que las actividades se ejecuten bajo lineamientos desactualizados, se presenten inconsistencias en la aplicación de controles, se afecte la trazabilidad de la información y se genere dependencia del conocimiento empírico de los servidores responsables de su ejecución.

Esta situación evidencia debilidades en los mecanismos de revisión y mantenimiento de la documentación del proceso, afectando los principios de autocontrol, seguimiento y mejora continua establecidos en la Ley 87 de 1993, particularmente en lo relacionado con la implementación de procedimientos actualizados que sirvan como instrumento para el cumplimiento de los objetivos institucionales y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Esta debilidad fue comunicada al Doctor Luis Gabriel Taboada Castro (director del Proceso Direccionamiento Estratégico), y al profesional Alexander Hernandez Zorro a los correos electrónicos luis.taboada@unidadvictimas.gov.co y alexander.zorro@unidadvictimas.gov.co como líderes del procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 del Proceso de Direccionamiento Estratégico en su calidad de auditado, mediante correo el día miércoles 10 de junio de 2026 a las 8:07 a.m., suscrito por la líder de la auditoría el profesional universitario Maria Constanza Barco Perez funcionaria de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado el plazo para aportar sus comentarios y evidencias.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 9 de 77

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.

Debilidad N°2


Incumplimiento de procedimiento institucional y deficiencias en los mecanismos de seguimiento. Se evidencia que los resultados consolidados de la medición de la satisfacción de las partes interesadas no fueron presentados a la Dirección General, ni se aportaron evidencias que demostraran el cumplimiento de la actividad No. 9 establecida en el Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2, la cual contempla la presentación de dichos resultados a la Alta Dirección y la generación de un acta con los compromisos adquiridos.

Lo anterior evidencia incumplimiento de los controles definidos por la entidad para el seguimiento y análisis de la percepción de las partes interesadas, limitando la utilización de esta información como insumo para la toma de decisiones, la definición de acciones de mejora y el fortalecimiento de la gestión institucional.

Esta situación contraviene lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993, relacionado con la obligación de garantizar la eficacia, eficiencia y mejoramiento continuo de la gestión pública, así como el artículo 4° de la misma ley, que establece la necesidad de implementar y aplicar mecanismos de control, seguimiento y evaluación que permitan verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales. De igual forma, incumple el artículo 2.2.21.3.5 del Decreto 1083 de 2015, el cual señala que los procedimientos institucionales deben aplicarse y validarse permanentemente como soporte para el cumplimiento de las funciones, metas y objetivos de la entidad.

La falta de presentación de los resultados a la Alta Dirección genera el riesgo de que las decisiones estratégicas se adopten sin considerar la percepción de las partes interesadas, afectando la identificación de oportunidades de mejora, la gestión de riesgos y la efectividad de las acciones orientadas al fortalecimiento institucional.

Esta debilidad fue comunicada al Doctor Luis Gabriel Taboada Castro (director del Proceso Direccionamiento Estratégico), y al profesional Alexander Hernandez Zorro a los correos electrónicos luis.taboada@unidadvictimas.gov.co y alexander.zorro@unidadvictimas.gov.co como líderes del procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 del Proceso de Direccionamiento Estratégico en su calidad de auditado, mediante correo el día miércoles 10 de junio de 2026 a las 8:07 a.m., suscrito por la líder de la auditoría el profesional universitario Maria Constanza Barco Perez funcionaria de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado el plazo para aportar sus comentarios y evidencias.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 10 de 77

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.

5.2 Análisis de las variables del Sistema de Control Interno en el Procedimiento Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 Proceso de Direccionamiento Estratégico


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 medición de la satisfacción partes interesadas V2 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 (...)"

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 11 de 77

5.2.1 Sistema de Control Interno por la variable modelo de medición (indicadores diferentes al plan de acción) en el procedimiento medición de satisfacción de partes interesadas V2.

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.

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 12 de 77

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 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 13 de 77

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:

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 14 de 77

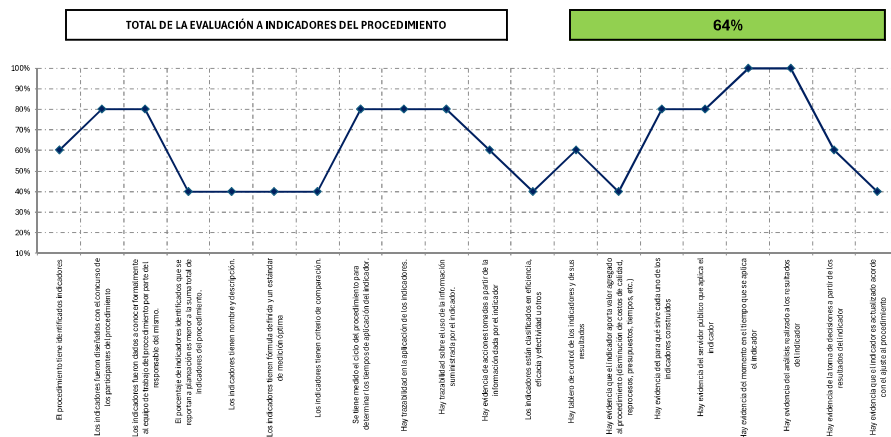
sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del lunes 20 de abril de 2026 a las 11:09 a.m.

El auditado da respuesta mediante correo electrónico del lunes 27 de abril de 2026 a las 9:18 a.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;*
- h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.*

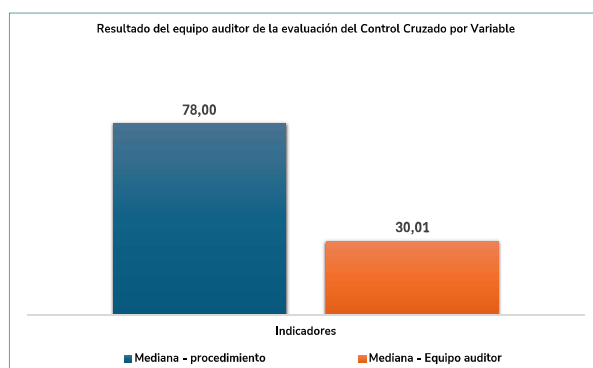
El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert1. El auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio, el resultado obtenido en primera instancia por la matriz para el procedimiento auditado es el siguiente:



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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 77

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 64% 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 27 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 37 puntos respecto de la calificación del procedimiento auditado y de 73 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 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 medición de satisfacción de partes interesadas V2, 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 47.99 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 78.00 y la del Equipo Auditor de 30.01

Lo que significa que “El procedimiento no tiene un sistema de medición que pueda ser calificado como tal y por lo tanto carece de confiabilidad”. (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).

Como resultado de la revisión realizada a las autoevaluaciones del primer y segundo semestre de 2025, se evidencia que durante el ejercicio de autoevaluación no fueron aportados soportes que permitieran demostrar la gestión, seguimiento y análisis de los indicadores asociados al procedimiento medición de satisfacción de partes interesadas V2, objeto de la presente auditoría. Esta situación evidencia debilidades en la ejecución y alcance del ejercicio de autoevaluación del proceso Direccionamiento Estratégico, toda vez que no se está efectuando una revisión integral de la totalidad de los procedimientos que lo conforman. En consecuencia, se limita la capacidad de identificar oportunamente desviaciones en la evaluación de los controles implementados y establecer acciones de mejora orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 77

De acuerdo con la información reportada por el responsable del procedimiento, no fue posible observar la existencia de un tablero de control o cualquier otro método de medición. Para la variable Indicadores, las evidencias aportadas por el auditado son pertinentes de manera parcial, en cuanto se relacionan con los criterios de medición, la frecuencia de aplicación de las encuestas, la consolidación de resultados y el análisis de la satisfacción de las partes interesadas. Sin embargo, su conducencia no es plena para acreditar la existencia de indicadores formales del procedimiento, toda vez que algunos soportes señalan que no se requieren indicadores adicionales y que la medición se realiza a partir de niveles de satisfacción y análisis de percepción.

Frente a la pregunta sobre tablero de control, los informes con gráficas y resultados permiten visualizar comportamientos, pero no equivalen necesariamente a un tablero de control de indicadores con metas, responsables, periodicidad, seguimiento y trazabilidad de decisiones. La evidencia resulta conducente para demostrar la frecuencia de aplicación y el análisis de resultados, en concordancia con las fichas técnicas y los informes; no obstante, frente a la toma de decisiones, los soportes son insuficientes, dado que el procedimiento exige que los resultados sean insumo para acciones de mejora o correctivas, por lo que deberían aportarse evidencias de acciones definidas, responsables, registros en el sistema correspondiente, actas, compromisos o seguimiento posterior.


En este sentido, el procedimiento medición de satisfacción de partes interesadas V2 en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

5.2.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos del Procedimiento medición de satisfacción de partes interesadas V2 (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 medición de satisfacción de partes interesadas V2 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.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 17 de 77

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

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

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


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

Artículo 2.2.21.3.1 Sistema Institucional de Control Interno. El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la 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 2023 V6, en la pagina 36:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 18 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 entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 19 de 77

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 de control interno – riesgos, mediante correo del del lunes 20 de abril de 2026 a las 11:09 a.m.

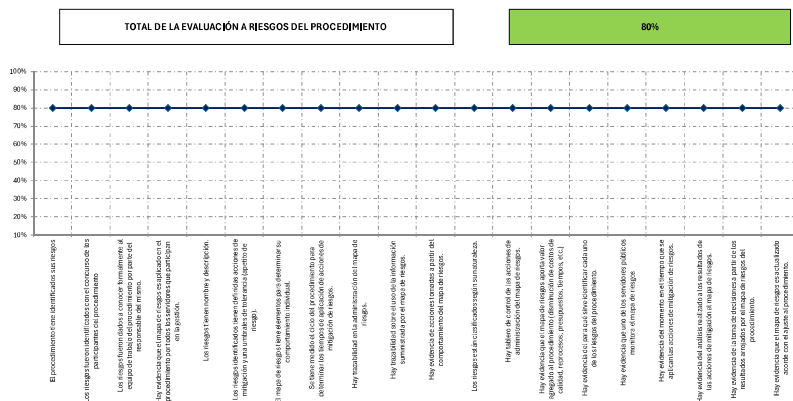
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 20 de 77

El auditado da respuesta mediante correo electrónico del lunes 27 de abril de 2026 a las 9:18 a.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;*
- 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 Likert⁵. El procedimiento medición de satisfacción de partes interesadas V2 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:



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

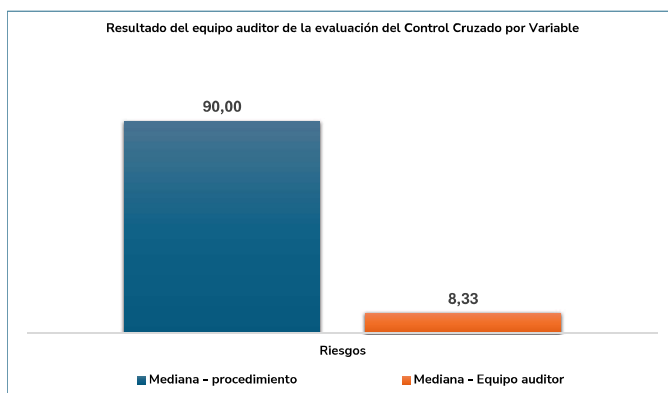
⁵ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta 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 GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 77

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde al 80% de 100% posibles.


El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 17 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 63 puntos respecto de la calificación del auditado y de 83 respecto del máximo posible (100 puntos).

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 medición de satisfacción de partes interesadas V2, 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 81,67 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 90 y la del Equipo Auditor de 8,33. Lo que significa que *“El procedimiento no tiene un mapa de riesgos que soporte la gestión, por lo tanto, el procedimiento carece de herramientas para evitar la ocurrencia de siniestros o minimizar las consecuencias.”* (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Como resultado de la revisión efectuada a las autoevaluaciones correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, se evidencia que durante desarrollo del ejercicio de autoevaluación no fueron aportados soportes suficientes que permitieran identificar y analizar otros riesgos asociados a la ejecución de las actividades definidas en el procedimiento medición de satisfacción de partes interesadas V2 relacionados con la gestión operativa y el seguimiento permanente al cumplimiento de las actividades del procedimiento.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 22 de 77


La situación descrita evidencia debilidades en la alcance y efectividad del ejercicio de autoevaluación adelantado por el proceso Dirección Estratégico, toda vez que no se observa una revisión integral de la totalidad de los procedimientos y sus actividades críticas que conforman el proceso, limitando así el análisis preventivo y el monitoreo de situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Para la variable Riesgos, las evidencias aportadas no son pertinentes en cuanto se relacionan con la gestión institucional del riesgo, el seguimiento de controles, los planes de acción, los reportes periódicos y la socialización de resultados ante instancias institucionales. No obstante, no son conducentes frente al procedimiento auditado, en la medida en que varios soportes evidencian el funcionamiento general del sistema de administración de riesgos de la entidad, pero no demuestran de manera directa y específica los riesgos asociados al procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2, ni su relación puntual con las actividades de identificación de partes interesadas, definición del instrumento, aplicación, análisis, generación de acciones y consolidación de resultados. Las evidencias resultan útiles para acreditar periodicidad, monitoreo y análisis institucional; sin embargo, para que sean plenamente conducentes deberían demostrar el mapa de riesgos específico del procedimiento, los controles aplicados, las acciones de mitigación, los responsables y las decisiones adoptadas frente a los resultados. En relación con la toma de decisiones, la presentación al comité constituye un soporte indicativo, pero no reemplaza la evidencia formal de decisiones, compromisos o lineamientos adoptados.

En este sentido, el procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 en el análisis de los riesgos correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad. Se debe fortalecer el seguimiento de riesgos inherentes a la gestión operativa de las actividades del procedimiento, con el fin de que posea una información integral y de mayor relevancia que le permita robustecer el control y seguimiento a los riesgos.

5.2.3 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Control del procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2.

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 de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 23 de 77

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;

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 24 de 77


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, 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.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 25 de 77

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 (...)”.*
- *“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 7^a “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).”⁶

⁶ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-137.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 77

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 lunes 20 de abril de 2026 a las 11:09 a.m.


El auditado da respuesta mediante correo electrónico del lunes 27 de abril de 2026 a las 9:18 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

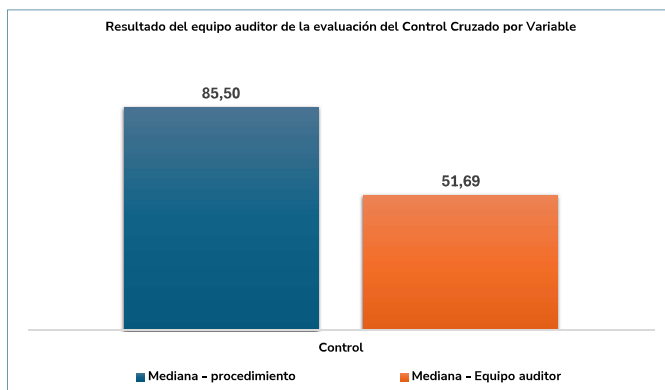
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión del control en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica al procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁷. 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:

⁷ 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 GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 28 de 77




Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Como resultado de la revisión realizada a las autoevaluaciones del primer y segundo semestre de 2025, se evidencia que durante el ejercicio de autoevaluación no fueron aportados soportes que permitieran demostrar los mecanismos de control asociados al procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2, objeto de la presente auditoría. Esta situación evidencia debilidades en la ejecución y alcance del ejercicio de autoevaluación del proceso Dirección Estratégico, toda vez que no se está efectuando una revisión integral de la totalidad de los procedimientos que lo conforman. En consecuencia, se limita la capacidad de identificar oportunamente desviaciones en la evaluación de los controles implementados y establecer acciones de mejora orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno.

Para la variable Control, si bien las evidencias aportadas guardan relación con el procedimiento auditado y permiten identificar soportes asociados a fichas técnicas, control de cambios, publicación documental y revisión metodológica de los instrumentos de medición, estas no demuestran de manera suficiente la ejecución completa y sistemática del punto de control previsto en el procedimiento. Lo anterior, teniendo en cuenta que el procedimiento establece como control específico la revisión del instrumento propuesto para la medición antes de su aplicación, cuya evidencia esperada corresponde a correo electrónico o acta de aprobación del formato de encuesta. Frente a este aspecto, los soportes revisados no permiten verificar integralmente, para cada instrumento, quién realizó la revisión, quién efectuó la aprobación, en qué fecha se surtió, qué observaciones o ajustes se generaron y cuál fue el registro formal que soportó la decisión. Así mismo, no se evidencia con claridad la diferenciación entre el rol del líder del proceso y el rol de la Oficina Asesora de Planeación en la revisión y aprobación del instrumento. En consecuencia, aunque existe evidencia parcial de control documental, esta no resulta suficiente para acreditar la aplicación efectiva, trazable y reiterada del punto de control definido en el procedimiento.

Si bien este control resulta pertinente para validar el instrumento de medición, no es suficiente frente al alcance integral del procedimiento, dado que no se identifican puntos de control adicionales para etapas críticas como la aplicación de encuestas, la tabulación, valoración y análisis

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 29 de 77

de la información, la generación de acciones correctivas o de mejora, la remisión de informes a la Oficina Asesora de Planeación, la consolidación institucional de resultados y la presentación a la Dirección General con compromisos derivados.

Esta situación limita la capacidad de verificar, de manera trazable y oportuna, la calidad, completitud, consistencia, oportunidad y uso efectivo de la información generada por el procedimiento. Adicionalmente, bajo el enfoque de MIPG, la gestión pública debe planearse, ejecutarse, evaluarse, controlarse y orientarse a resultados que satisfagan las necesidades de los ciudadanos; y, bajo ISO 9001:2015, el sistema de gestión de calidad debe considerar el enfoque al cliente, el pensamiento basado en riesgos, la evaluación del desempeño, el seguimiento, la medición y la mejora continua. En consecuencia, al no contar con controles suficientes a lo largo de todo el flujo procedimental, se configura una debilidad en la variable Control, toda vez que el diseño actual no asegura plenamente la prevención, detección y corrección de desviaciones en las fases clave del procedimiento.

5.2.4 Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado del procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2.


El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica el procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 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 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 30 de 77

dispone en el artículo 4°. Elementos para el Sistema de Control Interno en el literal que i) “Establecimiento de sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control”.

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

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

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


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

Corolario de lo anterior, la entidad debe tener un Sistema de Control Interno que se articule con el MIPG, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión V6, en el numeral 4.2 seguimiento y evaluación de la gestión institucional, que señala:

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

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

“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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 77

resultados previstos, e identificar con mayor precisión las oportunidades de mejora que se deban emprender.”

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

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


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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del modelo de mejora o valor agregado, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – modelo de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del del lunes 20 de abril de 2026 a las 11:09 a.m.

El auditado da respuesta mediante correo electrónico del lunes 27 de abril de 2026 a las 9:18 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 77

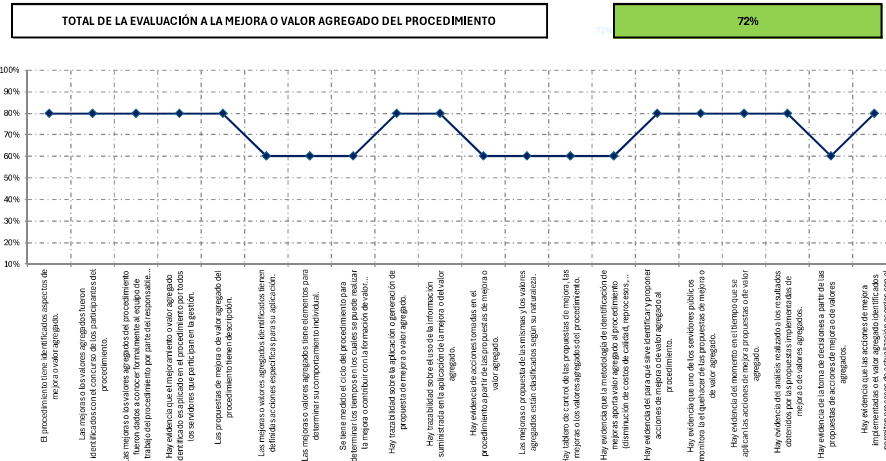
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos 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 de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 pueda mejorar constantemente y así ser 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 Likert⁸. Para el procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

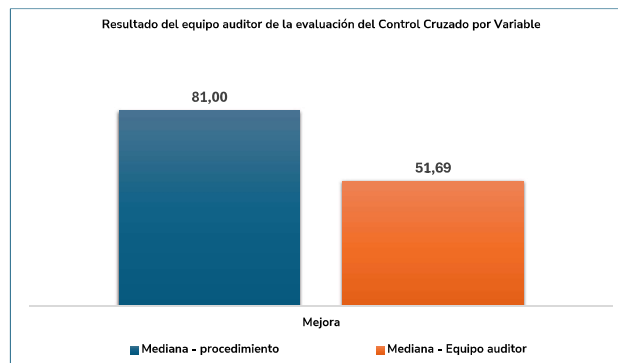
⁸ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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 72% 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 53 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 19 puntos respecto de la calificación del procedimiento auditado y de 47 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 Dirección Estratégico, correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, específicamente en aquellos aspectos relacionados con el procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2, 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 29,31 puntos en la variable “Mejora o Valor Agregado”, toda vez que el resultado de la valoración del procedimiento de Medición de Satisfacción

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 77

de Partes Interesadas V2 es de 81 y la del Equipo Auditor de 51,69. 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 realizada a las autoevaluaciones del primer y segundo semestre de 2025, se evidencia que durante el ejercicio de autoevaluación no fueron aportados soportes que permitieran demostrar acciones de mejora o que generen valor asociados al Procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2, objeto de la presente auditoría. Esta situación evidencia debilidades en la ejecución y alcance del ejercicio de autoevaluación del proceso Direccionamiento Estratégico, toda vez que no se está efectuando una revisión integral de la totalidad de los procedimientos que lo conforman. En consecuencia, se limita la capacidad de identificar oportunamente acciones de mejoramiento orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno.

Para la variable Mejora o Valor Agregado, las evidencias son pertinentes, ya que los informes de resultados, análisis de encuestas, identificación de brechas y planes de mejoramiento se relacionan directamente con el propósito del procedimiento: medir la satisfacción de las partes interesadas para identificar aspectos de mejora. Sin embargo, la conducencia es parcial cuando las evidencias se limitan a señalar que los informes sirven como insumo para la toma de decisiones o que las acciones dependen de cada líder de proceso. Esta afirmación debe ajustarse, porque el procedimiento sí contempla que los resultados de la medición conduzcan a acciones de mejora o correctivas, de acuerdo con el nivel de satisfacción identificado. Por tanto, para acreditar plenamente esta variable, no basta con aportar informes de análisis; deben evidenciarse acciones formuladas, responsables, plazos, registros en SIGGESTION u otro sistema aplicable, seguimiento a su cumplimiento y decisiones adoptadas frente a los resultados. En este sentido, los soportes acreditan la generación de información útil y valor agregado analítico, pero no demuestran integralmente la implementación y seguimiento de las acciones de mejora derivadas del procedimiento.

En este sentido, el procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 en el análisis de la variable control correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

5.2.5 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Seguimiento del procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2.

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 de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 35 de 77

Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 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 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 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).”*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 36 de 77

En la 3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.5. Atributos de calidad para la Dimensión, establece que: *“La entidad responde de manera clara, pertinente y oportuna, las PQRSD y son insumo para la mejora continua en sus procesos.”*

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

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

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

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

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

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


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

En la 6ª Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación, Eje 1 Herramientas de apropiación y analítica pública señala que:

“El propósito de este eje se centra en la generación, organización y apropiación del conocimiento a partir de datos e información inicial, en sistemas que sean usados y aplicados de manera continua por las y los servidores públicos de la entidad. La transformación de datos crudos en conocimiento estratégico es fundamental para fortalecer la toma de decisiones, la creación de políticas públicas y la mejora de los procesos operativos dentro de las entidades públicas.”

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

“MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 77

prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.”

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

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

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

Adicionalmente, en la misma Dimensión 7° 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 SCl implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua (COSO, 2013: 143).

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 38 de 77

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 del lunes 20 de abril de 2026 a las 11:09 a.m.

El auditado da respuesta mediante correo electrónico del lunes 27 de abril de 2026 a las 9:18 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

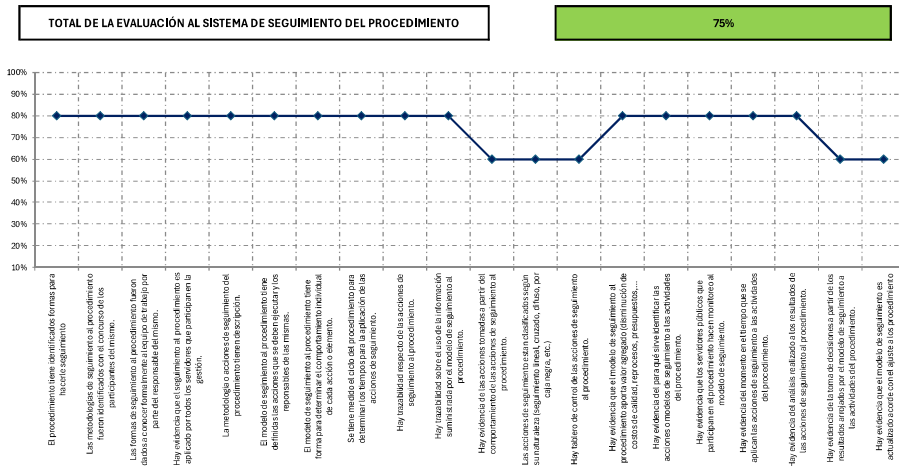
El Equipo Auditor, a través de la matriz citada, como papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h) 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 presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica al procedimiento para la planeación, implementación y seguimiento al Modelo de Operación con Enfoque Diferencial y de Género -MOEDG el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20)

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 39 de 77

afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁹. 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

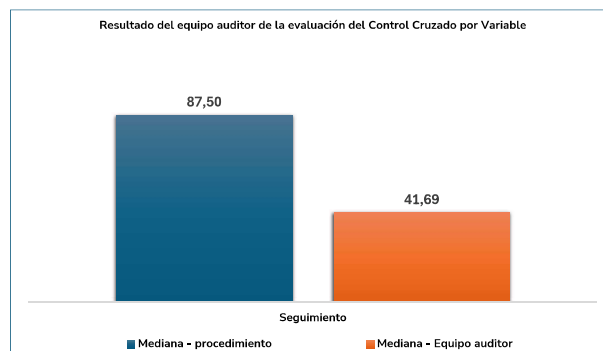
Como se observa, la calificación que se da al auditado corresponde a 75 puntos de 100 posibles.

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 33 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 42 puntos respecto de la calificación de auditado y de 67 respecto del máximo posible (100 puntos).

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso Gestión para la Asistencia correspondientes al primer y segundo semestre de 2025, 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 45.81 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración del grupo auditado es de 87.5 y la del Equipo Auditor de 45.81. Lo anterior significa que “No se evidencia la existencia de un sistema de seguimiento a la gestión del procedimiento, lo que puede tener como riesgo la presencia de desviaciones, costos de calidad, oportunidad y efectividad.” (Información tomada resultado papel de trabajo).

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 GESTION	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 Modelo de Control Cruzado, Fuente propia OCI

Como resultado de la revisión realizada a las autoevaluaciones del primer y segundo semestre de 2025, se evidencia que durante el ejercicio de autoevaluación no fueron aportados soportes que permitieran demostrar los mecanismos de seguimiento asociados al procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2, objeto de la presente auditoría. Esta situación evidencia debilidades en la ejecución y alcance del ejercicio de autoevaluación del proceso Dirección Estratégico, toda vez que no se está efectuando una revisión integral de la totalidad de los procedimientos que lo conforman. En consecuencia, se limita la capacidad de identificar oportunamente desviaciones en la evaluación de los controles implementados y establecer acciones de mejora orientadas al fortalecimiento del sistema de control interno.

En resumen, resulta fundamental efectuar un seguimiento permanente a las actividades establecidas en el procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2. Desde la perspectiva del Equipo Auditor, el análisis del ejercicio del seguimiento se configura como uno de los pilares para una adecuada toma de decisiones, sustentado en herramientas de monitoreo que fortalecen la gestión pública, brindan certeza al gestor y garantiza a los usuarios de la Entidad una atención o asistencia oportuna y de calidad, en coherencia con la misionalidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Para la variable Seguimiento, las evidencias aportadas son pertinentes, porque se relacionan con la frecuencia de aplicación de las encuestas, las fichas técnicas, la consolidación de resultados, la elaboración de informes y la participación de la Oficina Asesora de Planeación en la consolidación institucional. Estas evidencias guardan relación con las actividades del procedimiento que comprenden la aplicación de encuestas, tabulación, valoración, análisis, remisión de informes, consolidación de resultados y presentación a la Dirección General. No obstante, la conducencia es parcial frente a las preguntas relacionadas con acciones tomadas y toma de decisiones, debido a que los soportes demuestran seguimiento documental y analítico, pero no acreditan suficientemente la trazabilidad posterior de las decisiones, compromisos o acciones correctivas generadas a partir de los resultados. En consecuencia, se evidencia un sistema de seguimiento medianamente conformado, con soportes relevantes para la medición y análisis, pero con debilidad

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 41 de 77

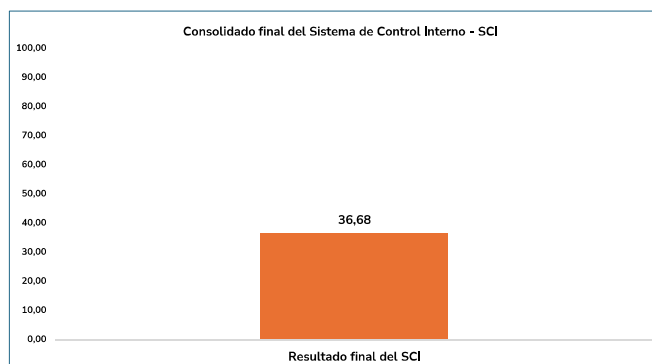
en la demostración de acciones, responsables, compromisos institucionales y seguimiento posterior a la mejora.

Por lo anterior, el procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 en análisis de la variable seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.


5.2.6 Consolidado del Sistema de Control del procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2.

En el marco de la auditoría realizada al procedimiento de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2, 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 de Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2 en lo que corresponde a los cinco (5) componentes evaluados (*Indicadores, riesgos, controles, mejoras y seguimiento*) presenta deficiencias que afectan su funcionamiento integral. 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 “Bajo” con una puntuación de 36,08%, indicando la necesidad de fortalecer sistema de control interno en los cinco (5) componentes para alcanzar un nivel superior de desempeño.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 42 de 77

Debilidad No. 3


Debilidad en el Sistema de Control Interno respecto de los cinco (5) componentes que lo componen: indicadores, riesgos, sistemas de control, mejora o valor agregado y seguimiento, evidenciada en el procedimiento Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2.

En particular, las evidencias aportadas no acreditan de manera suficiente la existencia de un sistema de medición que contemple indicadores, metas, responsables, periodicidad, análisis de resultados y mecanismos documentados de toma de decisiones. Asimismo, no se acredita la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento de riesgos inherentes a las actividades desarrolladas en el procedimiento. De igual manera, las evidencias suministradas no permiten verificar la operación de controles suficientes sobre las etapas de aplicación de encuestas, tabulación, valoración, análisis, generación de acciones correctivas o de mejora, consolidación institucional y presentación de resultados; ni la formulación, implementación, seguimiento, cierre y evaluación de eficacia de acciones derivadas de la medición de satisfacción de las partes interesadas.

Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2º, literales a), b), c), d), e), f), g) y h); el Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017, artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.4, 2.2.22.3.2 y 2.2.22.3.3; el Decreto 1499 de 2017, en lo relacionado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, particularmente la Dimensión 7 “Control Interno”; la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas; la Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión; la metodología institucional de administración de riesgos.

Como posibles causas se identifican deficiencias en la apropiación, aplicación y articulación de los lineamientos relacionados con el Sistema de Control Interno, la gestión de riesgos, la medición del desempeño y mejora continua; insuficiente formalización y documentación de mecanismos de control y seguimiento; limitaciones en los ejercicios de autoevaluación del proceso de Direccionamiento Estratégico, al no reflejar de manera integral y basada en evidencia el estado real del procedimiento auditado; así como la entrega insuficiente o no plenamente conducente de soportes que permitan demostrar la ejecución, trazabilidad y efectividad de las actividades desarrolladas.

Esta situación limita la capacidad de verificación por parte del Equipo Auditor y aumenta el riesgo de materialización de deficiencias en el seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema de Control Interno derivadas de la información generada por la medición de satisfacción de las partes interesadas.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 43 de 77

Esta debilidad fue comunicada al Doctor Luis Gabriel Taboada Castro (director del Proceso Direccionamiento Estratégico), y al profesional Alexander Hernandez Zorro a los correos electrónicos luis.taboada@unidadvictimas.gov.co y alexander.zorro@unidadvictimas.gov.co como líderes del procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 del Proceso de Direccionamiento Estratégico en su calidad de auditado, mediante correo el día martes 09 de junio de 2026 a las 8:21 a.m., suscrito por la líder de la auditoria el profesional universitario Maria Constanza Barco Perez funcionaria de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado el plazo para aportar sus comentarios y evidencias. 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.


5.3 Análisis del Sistema de Control Interno al diseño y efectividad del control de los riesgos gestionados el Procedimiento Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2- Proceso Direccionamiento Estratégico

El Procedimiento Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2, conforme a su documentación de fecha 25/04/2018, tiene como objetivo *“Determinar y definir los mecanismos para medir la satisfacción de las partes interesadas para obtener su percepción respecto a los productos y servicios que presta la Unidad, con el fin de identificar posibles aspectos de mejora y orientar a la entidad hacia su satisfacción, atendiendo sus requisitos de calidad y necesidades de manera satisfactoria y oportuna.”*

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 Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2, 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 procedimiento auditado diseña de manera adecuada y conforme a criterios metodológicos el control de los riesgos y a su vez verifica si la evidencia disponible cumple el propósito y efectividad de la

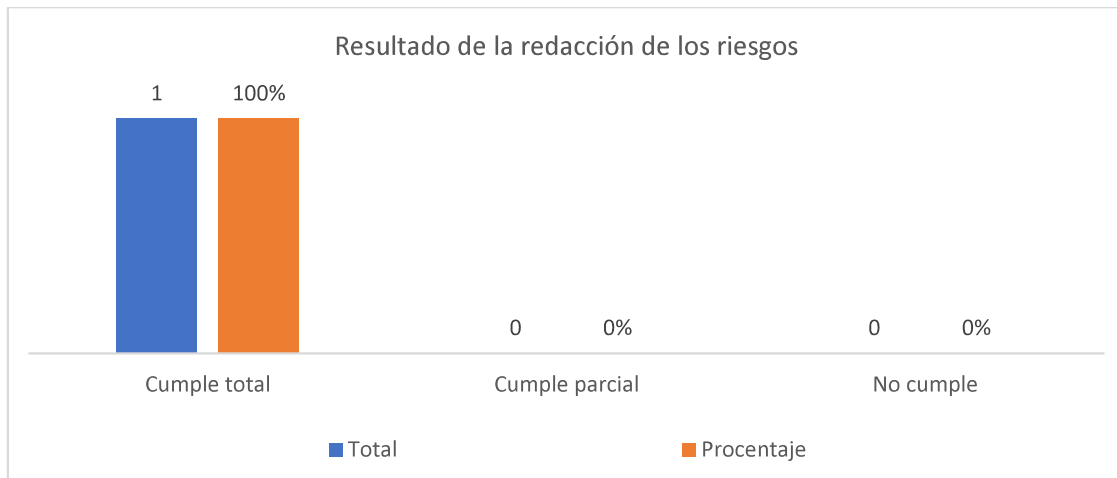
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 44 de 77

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 Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 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 por el incumplimiento de las actividades asociadas a la implementación del Sistema Integrado de Gestión”*,

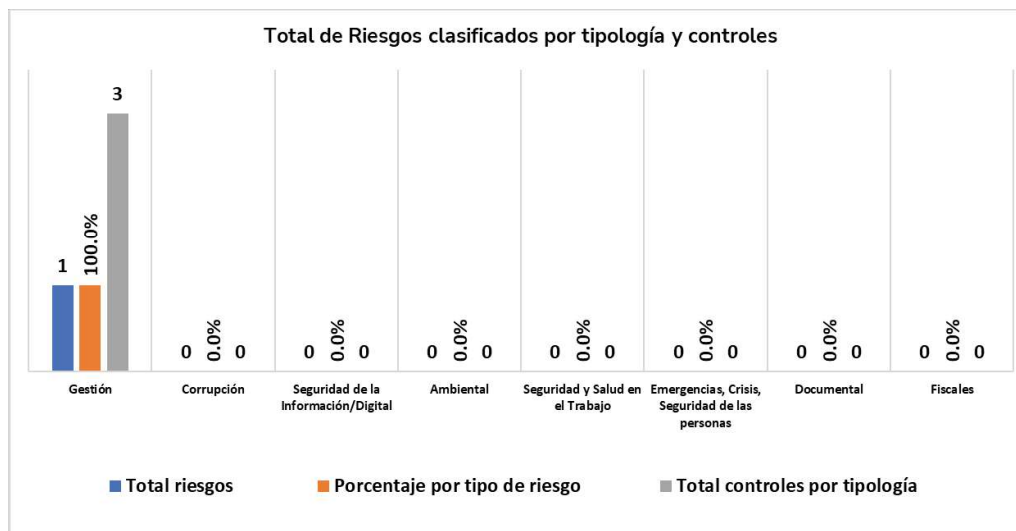
Con el propósito de verificar su adecuada estructuración y coherencia entre sus componentes. Como resultado de dicho análisis, se obtiene la siguiente información:



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 GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 45 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 identificó un (1) riesgo asociado a la gestión, que representa 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 tres (3) controles establecidos son los siguientes:

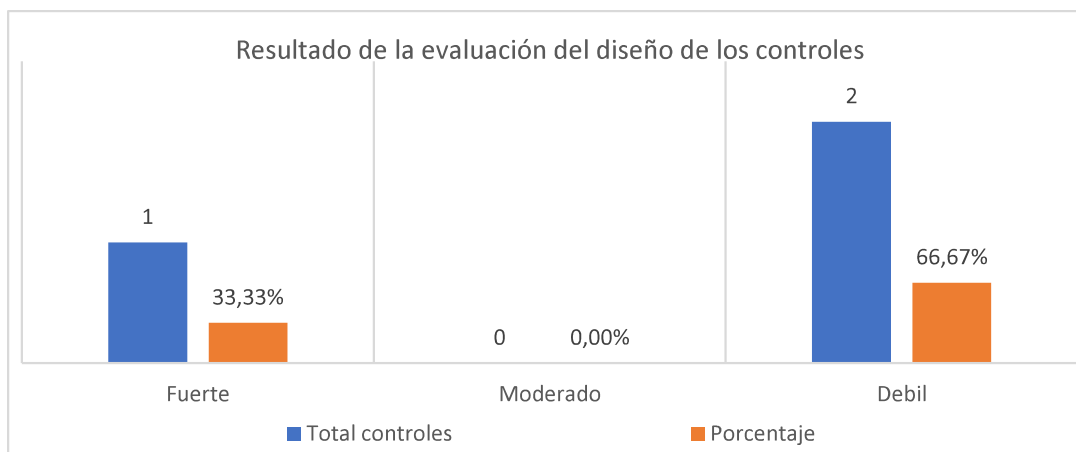
- a. **Control 1:** El plan de implementación se construye con los líderes de cada Sistema, durante la vigencia según programación y se socializa con los enlaces de nivel nacional y territorial para su aprobación o ajustes a lugar; la OAP realiza seguimiento y control a las actividades concertadas en el Plan de Implementación y se realizan cambios a las actividades de acuerdo con solicitud de los líderes de los sistemas o dependencias involucradas cuando haya necesidad. En caso de que algún líder de Sistema o dependencia considere pertinente hacer algún ajuste o cambio en sus actividades del Plan de Implementación, se realizará una solicitud a través de acta de cambio, para posteriormente ser modificado en el archivo definido. Como evidencia, quedan actas de modificación de actividades.
- b. **Control 2:** El Equipo SIG-MIPG de la OAP y Los líderes implementadores de los Sistemas realizan seguimientos a los procesos y Dts, con el fin de verificar el reporte del plan de implementación en las fechas establecidas. La herramienta destinada para el reporte y seguimiento del Plan de Implementación cuenta con repositorio de las evidencias de las actividades, que deben estar cargadas y actualizadas cada vez que se realice un nuevo reporte. Adicionalmente se informará de manera trimestral a los enlaces sobre las actividades que deben ser reportadas y lo lineamientos a tener en cuenta. Este seguimiento, se realiza en el aplicativo dispuesto según programación definida, con el fin que los procesos, dependencias y direcciones territoriales den cumplimiento al procedimiento vigente. En caso de que no se realice dicho reporte en el tiempo establecido este quedará en 0% y se informará a los líderes de proceso y directores territoriales

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 77

el incumplimiento a fin de tomar decisiones al respecto. Como evidencia quedan las aprobaciones o rechazos en el aplicativo dispuesto, reportes trimestrales y correos electrónicos.

- c. **Control 3:** La Oficina Asesora de Planeación presenta de manera trimestral ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño los avances y resultados del Plan de Implementación tanto para procesos y Direcciones Territoriales, con el fin de evidenciar avances en el MIPG-SIG de la Entidad. en caso de no presentar ante el Comité el Plan e enviarán las respectivas alertas para dar cumplimiento a los compromisos. Como evidencia quedan las actas o listas de asistencia.

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.

Respecto a la evaluación del diseño de los controles adoptados para el riesgo, se identifica que el 66.67% (2 controles) se ubica en la zona “Débil”, mientras que el 33.33% (1 control) se encuentran en zona “Fuerte”. Lo anterior indica que, predomina una oportunidad de mejora para el diseño de los controles, las cual debe tratarse para limitar una posible materialización de riesgos.

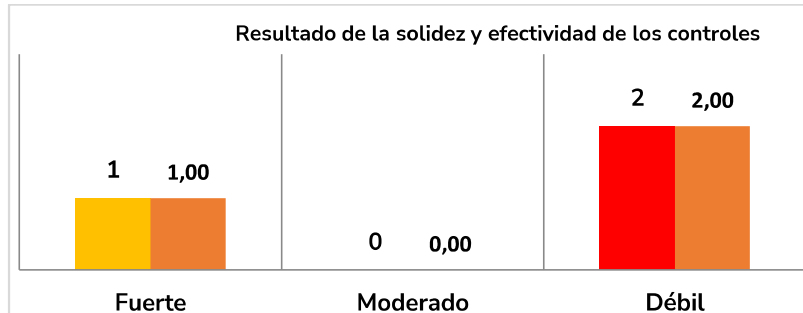
Las falencias en el diseño de controles se concentran en:

- En el Control 1, se identificaron debilidades en dos (2) complementos establecidos en la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”. Uno el complemento de “Responsable” el cual no se encuentra claramente definido, en la descripción se debe poder identificar de manera específica el cargo o rol del encargado de ejecutar la actividad de control. El otro complemento que no se evidencia en el control es el que señala: “Que pasa con las observaciones o desviaciones”, el cual se relaciona a que un control bien diseñado debe indicar expresamente qué ocurre cuando, al ejecutarlo, se identifican diferencias, incumplimientos, inconsistencias u observaciones, debe definir la acción que se tomará frente a las desviaciones encontradas.
- En el Control 3, no se observa definido el complemento “Responsable” que como se indicó

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 47 de 77

en el anterior control, debe quedar claramente definido con el fin de poder identificar de manera específica el cargo o rol del encargado de ejecutar la actividad de control.

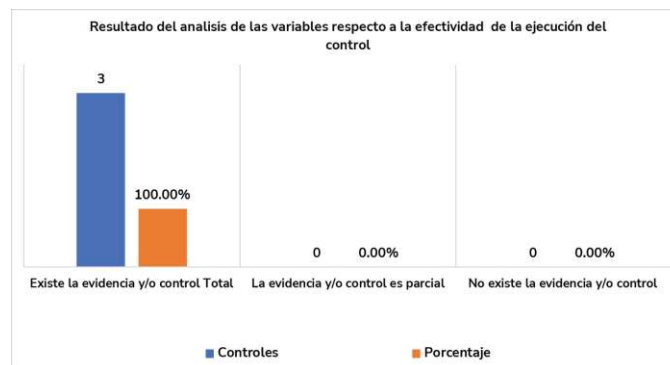
Con relación a la solidez del control integral entre el diseño y la ejecución se obtiene los siguientes resultados:




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

Al analizar las variables representadas en la gráfica, se concluye que el 33.33 % de los controles adoptados por el proceso Dirección Estratégico asociados al Procedimiento Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2, equivalente a un (1) control, se encuentra clasificado en el rango "Fuerte", mientras que dos (2) controles, que representan el 66.67 %, se ubican 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 controles 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 77

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 Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2, en particular en lo relacionado con el mapa de riesgos, se recomienda que la redacción de los controles contemple y refleje todos los lineamientos establecidos para su adecuada identificación, evaluación, y gestión, aplicando el total de los lineamientos dados por la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”, 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 Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2, 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).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 77

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

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

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

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

Por otra parte, en el mismo documento 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 77

de manera inmediata. La utilidad de este ejercicio es apoyar la toma de decisiones para lograr mejores resultados, gestionar con mayor eficacia y eficiencia los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos e informes a los organismos de control.” (subrayado fuera de texto).

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

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

La segunda línea de defensa a cargo del nivel directivo y asesor debe asegurar 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 51 de 77

“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 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 Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 requiere fortalecer la gestión de los riesgos identificados y el diseño de los controles, por lo cual se genera la siguiente Observación:

Observación No 1


 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 52 de 77

Se recomienda a los encargados del Procedimiento Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 realizar los ajustes correspondientes a los siguientes controles:

- Control 1: *“El plan de implementación se construye con los líderes de cada Sistema, durante la vigencia según programación y se socializa con los enlaces de nivel nacional y territorial para su aprobación o ajustes a lugar; la OAP realiza seguimiento y control a las actividades concertadas en el Plan de Implementación y se realizan cambios a las actividades de acuerdo con solicitud de los líderes de los sistemas o dependencias involucradas cuando haya necesidad. En caso de que algún líder de Sistema o dependencia considere pertinente hacer algún ajuste o cambio en sus actividades del Plan de Implementación, se realizará una solicitud a través de acta de cambio, para posteriormente ser modificado en el archivo definido. Como evidencia, quedan actas de modificación de actividades.”* Ajustando lo relacionado al complemento “Responsable” con el fin de identificar de manera específica el cargo o rol del encargado de ejecutar la actividad de control, y el complemento “Que pasa con las observaciones o desviaciones” con el fin de señalar qué ocurre cuando, al ejecutar el control, se identifican diferencias, incumplimientos, inconsistencias u observaciones,
- Control 3: *“La Oficina Asesora de Planeación presenta de manera trimestral ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño los avances y resultados del Plan de Implementación tanto para procesos y Direcciones Territoriales, con el fin de evidenciar avances en el MIPG-SIG de la Entidad. en caso de no presentar ante el Comité el Plan e enviarán las respectivas alertas para dar cumplimiento a los compromisos. Como evidencia quedan las actas o listas de asistencia.”* Ajustando lo relacionado con el complemento “Responsable” que como también se indicó en el anterior control, debe quedar claramente definido con el fin de poder identificar de manera específica el cargo o rol del encargado de ejecutar la actividad de control.

Es fundamental que los controles cuenten con todos los complementos definidos en la guía de riesgo del DAFP y en la metodología de administración del riesgo interno de la unidad, ya que su adecuada definición facilita determinar quién ejecuta el control, cuándo se realiza, cómo se desarrolla, qué soporte deja de su ejecución y qué acciones se adoptan cuando se identifican incumplimientos o situaciones atípicas. De esta manera, se fortalece la capacidad del control para prevenir o mitigar la materialización de riesgos y se facilita su seguimiento, monitoreo y evaluación.

Por último, el Equipo de Auditoria en pro de fortalecer la gestión de riesgos realiza un análisis del procedimiento identificando aspectos que podrían representar eventos de riesgo en su ejecución, para que sean verificados por los auditados y así fortalecer el Mapa de Riesgos Institucional. Estos elementos se presentan como insumos de referencia para que sean evaluados por los responsables del procedimiento en el marco de la actualización y fortalecimiento del mapa, así como para apoyar la identificación de otros riesgos asociados a su gestión.


 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 53 de 77

- Posibles dificultades en la obtención de información que no refleje adecuadamente la percepción de las partes interesadas, este aspecto está relacionado a riesgos estratégicos y podría generar una identificación inadecuada de los grupos de interés, sus necesidades y expectativas y la toma de decisiones institucionales que no respondan a las necesidades reales de la población objetivo.
- Posibles debilidades en la recopilación de la información debido al diseño inadecuado de los instrumentos de medición, aspecto relacionado a riesgos operativos, que podrían limitar la identificación de oportunidades de mejora y la evaluación objetiva de los servicios prestados.
- Posibles deficiencias en los instrumentos de medición utilizados en el procedimiento, aspecto relacionado con riesgos tecnológicos y operativos, lo que podría generar procesos de revisión y aprobación insuficientes, inconsistencias en los resultados y disminución de la confiabilidad de la información obtenida.
- Posibles errores en la generación de resultados lo cual hace que sean poco confiables, aspecto relacionado a riesgos operativos, que podrían afectar la calidad de la información recolectada y sus resultados.

5.4 SISTEMA DE CONTROL INTERNO PLAN DE ACCIÓN 2025 – PROCEDIMIENTO MEDICION DE LA SATISFACCION PARTES INTERESADAS V2

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.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	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 Decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.22.3.14 relaciona al menos los planes que debe tener toda entidad pública del orden nacional, al efecto en su tenor dispone que:

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

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


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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 55 de 77

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


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

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

Asimismo, el 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 *“Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2”* 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 77

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.

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 Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 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 Procesos 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%.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 58 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, 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, no se evidencia la formulación de un indicador relacionado con el procedimiento “Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2”, el cual es objeto de análisis de esta auditoría.

Debilidad N°4


Esta situación evidencia debilidad en el sistema de control interno referente a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación en el procedimiento medición de la satisfacción partes interesadas V2 del

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 59 de 77

proceso direccionamiento estratégico, toda vez que no cuenta con un indicador que esté relacionado con dicho procedimiento o que le brinde un aporte significativo a los establecidos en el plan de acción 2025. Así mismo, presenta falencias tanto en el avance como en el cumplimiento de los 2 indicadores programados en su 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.

Esta debilidad fue comunicada al Doctor Luis Gabriel Taboada Castro (director del Proceso Direccionamiento Estratégico), y al profesional Alexander Hernandez Zorro a los correos electrónicos luis.taboada@unidadvictimas.gov.co y alexander.zorro@unidadvictimas.gov.co como líderes del procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 del Proceso de Direccionamiento Estratégico en su calidad de auditado, mediante correo el día miércoles 03 de junio de 2026 a las 10:40 a.m., suscrito por la líder de la auditoría el profesional universitario Maria Constanza Barco Perez funcionaria de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado el plazo para aportar sus comentarios y evidencias.

En atención a la respuesta emitida a la Oficina de control Interno mediante correo electrónico del 11 de junio de 2026, por parte de la oficina asesora de planeación, en lo concerniente a la comunicación de debilidades de la auditoría de gestión al sistema de control interno SCI efectuada al procedimiento “Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2” del proceso direccionamiento estratégico, referente a la debilidad 1: *“Esta situación evidencia debilidad en el sistema de control interno referente a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación en el procedimiento medición de la satisfacción partes interesadas V2 del proceso direccionamiento estratégico, toda vez que no cuenta con un indicador que esté relacionado con dicho procedimiento o que le brinde un aporte significativo a los establecidos en el plan de acción 2025. Así mismo, presenta falencias tanto en el avance como en el cumplimiento de los 2 indicadores programados en su 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.”.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 60 de 77

Donde manifiesta que:

"(...) Sobre la presunta debilidad derivada de la ausencia de un indicador asociado al procedimiento

En primer lugar, las normas citadas por el equipo auditor (Ley 87 de 1993, Ley 152 de 1994, Decreto 1499 de 2017 y lineamientos de MIPG) no establece puntualmente la obligación de diseñar un indicador para cada procedimiento documentado dentro del Sistema Integrado de Gestión. Los procedimientos constituyen instrumentos de estandarización y control de las actividades institucionales, mientras que los indicadores son mecanismos de seguimiento utilizados para medir el desempeño de objetivos, planes, programas o procesos cuando ello resulta pertinente. Por tanto, no existe una relación obligatoria de uno a uno entre procedimientos e indicadores.

En el caso particular del procedimiento "Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 ", su finalidad es establecer la metodología para recopilar, consolidar y analizar la percepción de las partes interesadas respecto de los productos y servicios institucionales. Su propósito principal es generar información para la toma de decisiones y la identificación de oportunidades de mejora, más que el cumplimiento de una meta de gestión predeterminada.

En consecuencia, la utilidad del procedimiento radica en la obtención de información estratégica para la mejora continua y no necesariamente en la medición de un resultado cuantificable susceptible de convertirse en un indicador de gestión independiente.

La satisfacción corresponde a una variable de percepción cuya valoración depende de factores subjetivos asociados a las expectativas, necesidades y experiencias de los diferentes grupos de interés.


Por esta razón, los resultados obtenidos mediante instrumentos de satisfacción constituyen una fuente de información para el análisis institucional y la formulación de acciones de mejora, pero no necesariamente un elemento sobre el cual la entidad pueda establecer metas rígidas o compromisos de resultado previamente definidos.

Fijar una meta específica de satisfacción sin considerar variables externas, cambios en las expectativas de los grupos de interés o condiciones del entorno podría generar interpretaciones sesgadas de los resultados y desnaturalizar el propósito del ejercicio de medición.

En este sentido, el procedimiento cumple una función diagnóstica y de retroalimentación institucional, permitiendo identificar tendencias, fortalezas y oportunidades de mejora para la gestión.

2. Sobre la afirmación relacionada con la falta de conocimiento en la planeación de indicadores

La observación señala como causa potencial una "falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de la meta a determinar en la actividad (indicador)".

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 61 de 77

Sin embargo, para dicha afirmación desconocemos las evidencias objetivas obtenidas durante el proceso auditor ni se identifican los elementos verificables que permitan concluir que existe desconocimiento técnico por parte de la Oficina Asesora de Planeación.

La decisión de no asociar un indicador específico al procedimiento obedece a la naturaleza y alcance del mismo y no a una falta de conocimiento sobre metodologías de planeación o seguimiento.

Con fundamento en los argumentos expuestos, se solicita reconsiderar la observación formulada, toda vez que:

- *No existe disposición normativa que obligue a establecer un indicador por cada procedimiento institucional.*
- *El procedimiento de medición de satisfacción de partes interesadas tiene un alcance metodológico y de retroalimentación institucional, cuya naturaleza no exige necesariamente la definición de una meta de gestión específica.*
- *No se aportan evidencias objetivas que permitan concluir la existencia de falta de conocimiento en materia de planeación, formulación de indicadores o control gerencial.*
- *No se demuestra la relación entre la observación planteada y un riesgo real de incumplimiento de los objetivos institucionales.*


En espera de su retroalimentación respectiva. (...)

Efectuado el análisis de los argumentos expuestos por la Oficina Asesora de Planeación, el Equipo Auditor considera que los mismos no desmerecen lo descrito en la debilidad, en razón a que esta no establece que exista una obligación legal o metodológica de definir un indicador para cada procedimiento. El Equipo Auditor no cuestiona el número de indicadores existentes, sino la efectividad del esquema de medición adoptado, evidenciada en que los dos (2) indicadores programados en el plan de acción 2025 presentan deficiencias en su avance y cumplimiento.

Si bien la Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión V4 de 2018 señala que la definición de indicadores debe responder a los objetivos estratégicos, de proceso y a la información relevante para la toma de decisiones, también establece que estos deben proporcionar información suficiente para monitorear el avance, el desempeño y el logro de los resultados esperados.

De igual manera, el hecho de que los dos (2) indicadores de la Oficina Asesora de Planeación pretendan medir integralmente la gestión no demuestra que estos sean suficientes para evaluar su desempeño, especialmente cuando los resultados de ambos indicadores muestran limitaciones en el seguimiento y cumplimiento de las metas programadas en la vigencia 2025.

En materia de control interno y gestión pública, la medición debe ser pertinente, útil y suficiente para identificar oportunamente desviaciones y adoptar acciones correctivas, principios que se encuentran alineados con los artículos 2, 4 y 6 de la Ley 87 de 1993 y las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 77


En conclusión, no se pretende imponer la creación de indicadores por la sola existencia de un procedimiento, sino resaltar una debilidad en la planeación y en la gestión del desempeño, reflejada en las falencias de los 2 indicadores establecidos en el plan de acción 2025. Por ello, la argumentación presentada por el auditado no desvirtúa los hechos observados ni elimina el riesgo identificado respecto del adecuado seguimiento al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales.

Finalmente, de acuerdo con las apreciaciones descritas el equipo auditor retira la debilidad, sin embargo, queda inscrita como una observación y oportunidad de mejora. Si bien es cierto que la auditoría se está realizando al procedimiento “Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2” y no de manera directa al proceso, es importante que la oficina asesora de planeación realice un análisis metódico que permita identificar las causas por las cuales se genera un evento impropio que conlleva a un desfase porcentual en el avance y cumplimiento del plan de acción 2025, al registrar cifras inferiores a lo planeado en los 4 trimestres. Esta situación muestra una inadecuada gestión de lo programado frente a lo ejecutado, debido a que no permite obtener el punto ideal de equilibrio (100%) que contribuya al logro del objetivo institucional en su plan de acción.

Observación N° 2:

Esta situación evidencia una observación y oportunidad de mejora el sistema de control interno referente a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación en el procedimiento medición de la satisfacción partes interesadas V2 del proceso direccionamiento estratégico, toda vez que no cuenta con un indicador que esté relacionado con dicho procedimiento o que le brinde un aporte significativo a los establecidos en el plan de acción 2025.

Así mismo, presenta falencias tanto en el avance como en el cumplimiento de los 2 indicadores programados en su 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 63 de 77

5.5 Análisis del Sistema de Control Interno en relación con las Funciones y Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG del Procedimiento de Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 del Proceso de Direccionamiento Estratégico.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones en el Procedimiento de Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2, contenidas en el Decreto 4802 de 2011:

“Artículo 9: Funciones de la Oficina Asesora de Planeación. Son funciones de la Oficina Asesora de Planeación las siguientes:

“1. Diseñar y coordinar el proceso de planeación estratégica anual de actividades y procesos de la Unidad... ”

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.. ”

12. Realizar periódicamente el diagnóstico general de calidad de la Unidad y, de conformidad con los resultados obtenidos, presentar propuestas... ”

14. Diseñar, en coordinación con la Dirección General de la Unidad, los mecanismos, instrumentos, contenidos y periodicidad del proceso de rendición de cuentas... ”

“19. Orientar y coordinar la implementación y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión Institucional. tendientes a mejorar la calidad de los servicios.”

Además de las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

El propósito es establecer que todas y cada una de las funciones legalmente asignadas al realizar el Procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2, 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 77

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:


“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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 65 de 77

“c) 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 realización del Procedimiento Medición de la Satisfacción de partes Interesadas V2, bajo la normativa antes mencionada y el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG) con sus siete dimensiones y las 19 políticas.

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

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


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

“b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”.

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 expone que:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 66 de 77

“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.”

Para realizar la evaluación de la correlación entre funciones, MIPG y las 19 políticas, se desarrolla un papel de trabajo que relaciona cada una de las funciones con cada una de las dimensiones que corresponde y a partir de ello, con las políticas que le aplican. En este sentido, no todas las funciones afines al procedimiento 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 grupo auditado responsable del Procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2, la matriz de evaluación de Funciones Vs MIPG, mediante correo electrónico del martes 21 de abril de 2026 a las 15:34 pm donde el auditado emite respuesta por medio de un primer correo electrónico el día miércoles 29 de abril de 2026 a las 15:53 p.m. La información solicitada es cargada en carpeta SharePoint en los enlaces Funciones VS MIPG.

El Equipo Auditor evalúa las evidencias registradas por los encargados del Procedimiento de Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2, que deben ser consecuentes con lo diligenciado en la herramienta denominada “*Funciones y políticas del MIPG*” para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones establecidas en la normativa anteriormente citada y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, el cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores encargados corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del Sistema de Control Interno.

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

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

Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias que, en el desarrollo del procedimiento, cumple tanto las funciones

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 67 de 77

como las políticas. Si una de las dos variables no logra el nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional, el Equipo Auditor dará por no cumplida la función.

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

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por los auditados, 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 se obtiene como resultado lo siguiente:

Con respecto a las 19 políticas del MIPG, el equipo auditor evidencia que la información remitida por los responsables del Procedimiento de Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 da certeza del cumplimiento y aporte del procedimiento desde lo operativo a las 19 de políticas definidas en las dimensiones de MIPG. Sin embargo, vale aclarar que el aporte a las políticas se realiza desde la operación ya que desde el procedimiento no se gerencia ninguna política específica. Se presentan evidencias relacionadas con las políticas en forma general, por tanto, es importante continuar fortaleciendo la aplicabilidad de los lineamientos establecidos en las políticas MIPG para que dicha información contribuya a la mejora continua en el desarrollo de estas y del procedimiento.

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 las Funciones de la Oficina Asesora de Planeación en relación con la ejecución del del procedimiento “Medición de satisfacción de partes interesadas V2” y cumplimiento de las funciones establecidas en Decreto 4802 de 2011 Artículo 9°:


“1. Diseñar y coordinar el proceso de planeación estratégica anual de actividades y procesos de la Unidad...”

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...”

12. Realizar periódicamente el diagnóstico general de calidad de la Unidad y, de conformidad con los resultados obtenidos, presentar propuestas...”

14. Diseñar, en coordinación con la Dirección General de la Unidad, los mecanismos, instrumentos, contenidos y periodicidad del proceso de rendición de cuentas...”

Cuatro (4) funciones de las cinco (5) identificadas, evidencian cumplimiento total equivalente a un porcentaje del ochenta por ciento 80.00 %.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 68 de 77

Cumplimiento parcial

Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de las funciones, pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial.

Cumplimiento parcial de la función establecidas en Decreto 4802 de 2011 Artículo 9°:

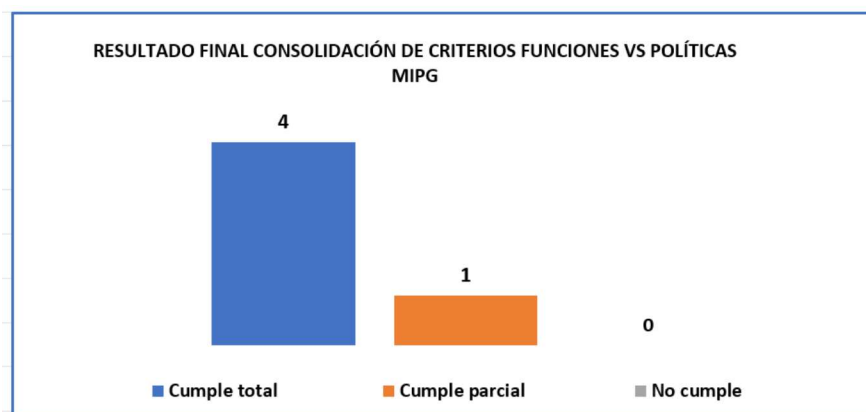
“19. Orientar y coordinar la implementación y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión Institucional. tendientes a mejorar la calidad de los servicios.”

Una (1) función de las cinco (5) identificadas, evidencian cumplimiento parcial equivalente a un veinte por ciento 20.00 %.

No se evidencia incumplimiento


Se analiza la evidencia aportada por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y se evidencia que ellas no generan incertidumbre; aplicando los principios de prudencia y escepticismo profesional, se determina que las funciones se cumplen. Cinco (5) funciones de las cinco identificadas, evidencian cumplimiento parcial o total.

A continuación, se presenta la gráfica generada por la herramienta de la Oficina de Control Interno, la cual se elabora teniendo en cuenta el consolidado del cumplimiento de criterios de funciones y políticas:



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

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada “Funciones y políticas del MIPG”, el Equipo Auditor establece que el Procedimiento de Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 cumple con la implementación de las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011, Artículo 9, Numerales 1,6,12,14 y 19 y contribuye con la continua implementación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 69 de 77

de las 19 políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG dispuesto en el marco normativo vigente; por consiguiente, se concluye que estos elementos de control que hacen parte integral del Sistema de Control Interno del procedimiento no presentan debilidad.

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

6.1 Debilidades


Las siguientes situaciones son constitutivas de debilidades (hallazgos) del modelo de control interno, por lo tanto, deben ser objeto de acciones correctivas por parte del líder del Procedimiento de Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2 con el fin de subsanarlas:

Debilidad N°1:

Desactualización y obsolescencia del Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2. Se evidenció que el Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2 no ha sido actualizado desde el 25 de abril de 2018, ocho (8) años de antigüedad. Esta situación genera un riesgo significativo de obsolescencia documental, debido a que no existe evidencia de revisiones periódicas que permitan verificar la vigencia, pertinencia y suficiencia de las actividades, controles, responsables, metodologías y registros definidos en el procedimiento frente a las necesidades actuales de la entidad.

Lo anterior contraviene lo dispuesto en los artículos 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2 del Decreto 1083 de 2015, relacionados con la racionalización de la gestión institucional y la obligación de las entidades de elaborar, adoptar y aplicar procedimientos que contribuyan al adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno. Asimismo, incumple lo establecido en el artículo 2.2.21.3.5 del mismo decreto, el cual señala que las entidades deben documentar, aplicar, validar y actualizar permanentemente sus métodos, metodologías, procesos y procedimientos, con el propósito de garantizar el cumplimiento de sus funciones, metas y objetivos institucionales.

La ausencia de actualización periódica limita la capacidad de la entidad para incorporar cambios normativos, tecnológicos, organizacionales y metodológicos que se han presentado durante los últimos años, pudiendo afectar la efectividad del procedimiento como herramienta de gestión y control. Adicionalmente, aumenta el riesgo de que las actividades se ejecuten bajo lineamientos desactualizados, se presenten inconsistencias en la aplicación de controles, se afecte la trazabilidad de la información y se genere dependencia del conocimiento empírico de los servidores responsables de su ejecución.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 77

Esta situación evidencia debilidades en los mecanismos de revisión y mantenimiento de la documentación del proceso, afectando los principios de autocontrol, seguimiento y mejora continua establecidos en la Ley 87 de 1993, particularmente en lo relacionado con la implementación de procedimientos actualizados que sirvan como instrumento para el cumplimiento de los objetivos institucionales y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Debilidad N°2:

Incumplimiento de procedimiento institucional y deficiencias en los mecanismos de seguimiento


Se evidenció que los resultados consolidados de la medición de la satisfacción de las partes interesadas no fueron presentados a la Dirección General, ni se aportaron evidencias que demostraran el cumplimiento de la actividad No. 9 establecida en el Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2, la cual contempla la presentación de dichos resultados a la Alta Dirección y la generación de un acta con los compromisos adquiridos.

Lo anterior evidencia incumplimiento de los controles definidos por la entidad para el seguimiento y análisis de la percepción de las partes interesadas, limitando la utilización de esta información como insumo para la toma de decisiones, la definición de acciones de mejora y el fortalecimiento de la gestión institucional.

Esta situación contraviene lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la obligación de garantizar la eficacia, eficiencia y mejoramiento continuo de la gestión pública, así como el artículo 4 de la misma ley, que establece la necesidad de implementar y aplicar mecanismos de control, seguimiento y evaluación que permitan verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales. De igual forma, incumple el artículo 2.2.21.3.5 del Decreto 1083 de 2015, el cual señala que los procedimientos institucionales deben aplicarse y validarse permanentemente como soporte para el cumplimiento de las funciones, metas y objetivos de la entidad.

La falta de presentación de los resultados a la Alta Dirección genera el riesgo de que las decisiones estratégicas se adopten sin considerar la percepción de las partes interesadas, afectando la identificación oportuna de oportunidades de mejora, la gestión de riesgos y la efectividad de las acciones orientadas al fortalecimiento institucional.

Debilidad No. 3:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 71 de 77

Debilidad en el Sistema de Control Interno respecto de los cinco (5) componentes que lo componen: indicadores, riesgos, sistemas de control, mejora o valor agregado y seguimiento, evidenciada en el procedimiento Medición de Satisfacción de Partes Interesadas V2.


En particular, las evidencias aportadas no acreditan de manera suficiente la existencia de un sistema de medición que contemple indicadores, metas, responsables, periodicidad, análisis de resultados y mecanismos documentados de toma de decisiones. Asimismo, no se acredita la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento de riesgos inherentes a las actividades desarrolladas en el procedimiento. De igual manera, las evidencias suministradas no permiten verificar la operación de controles suficientes sobre las etapas de aplicación de encuestas, tabulación, valoración, análisis, generación de acciones correctivas o de mejora, consolidación institucional y presentación de resultados; ni la formulación, implementación, seguimiento, cierre y evaluación de eficacia de acciones derivadas de la medición de satisfacción de las partes interesadas.

Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2º, literales a), b), c), d), e), f), g) y h); el Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017, artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.4, 2.2.22.3.2 y 2.2.22.3.3; el Decreto 1499 de 2017, en lo relacionado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, particularmente la Dimensión 7 “Control Interno”; la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas; la Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión; la metodología institucional de administración de riesgos.

Como posibles causas se identifican deficiencias en la apropiación, aplicación y articulación de los lineamientos relacionados con el Sistema de Control Interno, la gestión de riesgos, la medición del desempeño y mejora continua; insuficiente formalización y documentación de mecanismos de control y seguimiento; limitaciones en los ejercicios de autoevaluación del proceso de Direccionamiento Estratégico, al no reflejar de manera integral y basada en evidencia el estado real del procedimiento auditado; así como la entrega insuficiente o no plenamente conducente de soportes que permitan demostrar la ejecución, trazabilidad y efectividad de las actividades desarrolladas.

Esta situación limita la capacidad de verificación por parte del Equipo Auditor y aumenta el riesgo de materialización de deficiencias en el seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema de Control Interno derivadas de la información generada por la medición de satisfacción de las partes interesadas.

6.2 Observaciones

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 72 de 77

Las siguientes situaciones hacen referencia a aquellos aspectos que no presentan incumplimiento de requisitos de norma, pero que reflejan una desviación en el sistema evaluado y a futuro puede llegar a constituir una debilidad.


Observación No. 1

Se recomienda a los encargados del Procedimiento Medición de la Satisfacción de Partes Interesadas V2 realizar los ajustes correspondientes a los siguientes controles:

- Control 1: *“El plan de implementación se construye con los líderes de cada Sistema, durante la vigencia según programación y se socializa con los enlaces de nivel nacional y territorial para su aprobación o ajustes a lugar; la OAP realiza seguimiento y control a las actividades concertadas en el Plan de Implementación y se realizan cambios a las actividades de acuerdo con solicitud de los líderes de los sistemas o dependencias involucradas cuando haya necesidad. En caso de que algún líder de Sistema o dependencia considere pertinente hacer algún ajuste o cambio en sus actividades del Plan de Implementación, se realizará una solicitud a través de acta de cambio, para posteriormente ser modificado en el archivo definido. Como evidencia, quedan actas de modificación de actividades.”* Ajustando lo relacionado al complemento “Responsable” con el fin de identificar de manera específica el cargo o rol del encargado de ejecutar la actividad de control, y el complemento “Que pasa con las observaciones o desviaciones” con el fin de señalar qué ocurre cuando, al ejecutar el control, se identifican diferencias, incumplimientos, inconsistencias u observaciones,
- Control 3: *“La Oficina Asesora de Planeación presenta de manera trimestral ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño los avances y resultados del Plan de Implementación tanto para procesos y Direcciones Territoriales, con el fin de evidenciar avances en el MIPG-SIG de la Entidad. en caso de no presentar ante el Comité el Plan e enviarán las respectivas alertas para dar cumplimiento a los compromisos. Como evidencia quedan las actas o listas de asistencia.”* Ajustando lo relacionado con el complemento “Responsable” que como también se indicó en el anterior control, debe quedar claramente definido con el fin de poder identificar de manera específica el cargo o rol del encargado de ejecutar la actividad de control.

Es fundamental que los controles cuenten con todos los complementos definidos en la guía de riesgo del DAFP y en la metodología de administración del riesgo interno de la unidad, ya que su adecuada definición facilita determinar quién ejecuta el control, cuándo se realiza, cómo se desarrolla, qué soporte deja de su ejecución y qué acciones se adoptan cuando se identifican incumplimientos o situaciones atípicas. De esta manera, se fortalece la capacidad del control para prevenir o mitigar la materialización de riesgos y se facilita su seguimiento, monitoreo y evaluación.

Por último, el Equipo de Auditoría en pro de fortalecer la gestión de riesgos realiza un análisis del procedimiento identificando aspectos que podrían representar eventos de riesgo en su ejecución,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 73 de 77

para que sean verificados por los auditados y así fortalecer el Mapa de Riesgos Institucional. Estos elementos se presentan como insumos de referencia para que sean evaluados por los responsables del procedimiento en el marco de la actualización y fortalecimiento del mapa, así como para apoyar la identificación de otros riesgos asociados a su gestión.


- Posibles dificultades en la obtención de información que no refleje adecuadamente la percepción de las partes interesadas, este aspecto esta relacionado a riesgos estratégicos y podría generar una identificación inadecuada de los grupos de interés, sus necesidades y expectativas y la toma de decisiones institucionales que no respondan a las necesidades reales de la población objetivo.
- Posibles debilidades en la recopilación de la información debido al diseño inadecuado de los instrumentos de medición, aspecto relacionado a riesgos operativos, que podrían limitar la identificación de oportunidades de mejora y la evaluación objetiva de los servicios prestados.
- Posibles deficiencias en los instrumentos de medición utilizados en el procedimiento, aspecto relacionado con riesgos tecnológicos y operativos, lo que podría generar procesos de revisión y aprobación insuficientes, inconsistencias en los resultados y disminución de la confiabilidad de la información obtenida.
- Posibles errores en la generación de resultados lo cual hace que sean poco confiables, aspecto relacionado a riesgos operativos, que podrían afectar la calidad de la información recolectada y sus resultados.

Observación N° 2:

Esta situación evidencia una observación y oportunidad de mejora el sistema de control interno referente a la gestión de la Oficina Asesora de Planeación en el procedimiento medición de la satisfacción partes interesadas V2 del proceso direccionamiento estratégico, toda vez que no cuenta con un indicador que esté relacionado con dicho procedimiento o que le brinde un aporte significativo a los establecidos en el plan de acción 2025.

Así mismo, presenta falencias tanto en el avance como en el cumplimiento de los 2 indicadores programados en su 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 77

conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

Como resultado de la evaluación realizada al Sistema de Control Interno del Procedimiento Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2, perteneciente al proceso de Direccionamiento Estratégico, se identificaron fortalezas que contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la gestión de la información relacionada con la percepción de los grupos de interés.

Se evidenció una adecuada gestión en la planificación, diseño y aplicación de los instrumentos de medición orientados a conocer la percepción y nivel de satisfacción de las partes interesadas. En particular, se observó rigor técnico y metodológico en la elaboración de las fichas técnicas de los ejercicios de medición, las cuales contienen elementos que permiten definir claramente los objetivos de evaluación, las poblaciones objeto de análisis, los mecanismos de recolección de información, los criterios de segmentación y los tamaños de muestra estadísticamente representativos, favoreciendo la confiabilidad de los resultados obtenidos.


Asimismo, se evidenció una gestión organizada en las etapas de recopilación, consolidación y tabulación de la información, permitiendo la generación de informes que integran análisis cuantitativos y cualitativos sobre la percepción de los grupos de interés. Esta práctica facilita la identificación de tendencias, oportunidades de mejora y aspectos relevantes para la toma de decisiones institucionales.

De igual manera, se destaca la existencia de registros y soportes que evidencian la ejecución de las actividades asociadas a la medición de satisfacción, así como la aplicación de metodologías orientadas a garantizar la calidad y consistencia de la información recopilada.

Finalmente, se resalta la disposición, compromiso y colaboración del líder y del equipo responsable del proceso durante el desarrollo de la auditoría, facilitando la realización de las pruebas de recorrido, el acceso a la información requerida y la entrega oportuna de las evidencias relacionadas con la gestión de las partes interesadas (stakeholders), lo que contribuyó al adecuado desarrollo del ejercicio auditor y al fortalecimiento de los principios de transparencia, autocontrol y mejora continua.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examina las acciones planteadas y ejecutadas por el equipo encargado del Procedimiento Medición de la Satisfacción Partes Interesadas V2, 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 GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 75 de 77

8.1 Plan de Mejoramiento Oficina de Control Interno

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 Institucional CGR

El Equipo Auditor verifica el Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República y no encuentra actividad directamente relacionada con la aplicación del procedimiento auditado y, por lo tanto, no se hacen comentarios al respecto en este informe.


9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión del Proceso de Direccionamiento Estratégico, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del logro del 7.74/10.00, para la vigencia 2025.

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

La Oficina de Control Interno realiza la auditoría al Sistema de Control Interno del Procedimiento Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2, perteneciente al proceso de Direccionamiento Estratégico, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y demás normatividad interna aplicable de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. La evaluación comprendió el período entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

El ejercicio auditor incluye la revisión de los componentes asociados a indicadores, gestión de riesgos, actividades de control, mejora o generación de valor agregado y mecanismos de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 77

seguimiento; así como la evaluación del diseño y efectividad de los controles establecidos, el cumplimiento de las funciones y responsabilidades asignadas, la ejecución de las actividades previstas y otros aspectos relevantes para la operación del procedimiento.

Como resultado de la auditoría, se evidencian fortalezas relacionadas con la ejecución de las actividades del proceso y los avances en la estandarización operativa; no obstante, se identifican debilidades asociadas a la actualización y mantenimiento de la documentación, al cumplimiento de actividades de seguimiento definidas en el procedimiento y a la integración de los componentes del Sistema de Control Interno, las cuales requieren la implementación de acciones correctivas y de mejora que permitan fortalecer la gestión del proceso y su contribución al logro de los objetivos institucionales.


En este sentido, se recomienda realizar una revisión del Procedimiento de Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2, con el propósito de verificar su vigencia, pertinencia y alineación con el marco normativo, los lineamientos institucionales y las necesidades actuales de la entidad. Como resultado de dicho ejercicio, deberá evaluarse la necesidad de actualizar el documento, incorporando los ajustes normativos, metodológicos, tecnológicos y organizacionales que resulten pertinentes.

De igual manera, se recomienda establecer mecanismos formales de revisión periódica de la documentación del proceso, definiendo responsables, criterios y periodicidades que garanticen su mantenimiento, actualización y mejora continua, fortaleciendo la gestión del conocimiento institucional y la aplicación de procedimientos vigentes y efectivos.

Asimismo, se deben fortalecer los mecanismos de seguimiento y control orientados a asegurar el cumplimiento integral de las actividades establecidas en el Procedimiento Medición de la Satisfacción de las Partes Interesadas V2, especialmente aquellas relacionadas con la presentación de los resultados consolidados a la Alta Dirección y la formalización de los compromisos derivados de su análisis mediante los respectivos registros y actas.

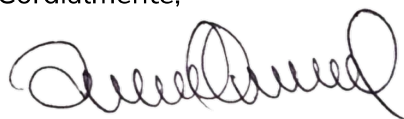
Adicionalmente, se recomienda fortalecer la integración y aplicación de los elementos que conforman el Sistema de Control Interno dentro del procedimiento auditado, garantizando la implementación de una gestión basada en riesgos, soportada en indicadores de desempeño, controles documentados y efectivos, mecanismos de monitoreo y seguimiento, así como acciones de mejora cuya ejecución y eficacia puedan ser verificadas mediante evidencias objetivas y suficientes.

De acuerdo con lo expuesto, la Oficina de Control Interno, por medio del Equipo Auditor, recomienda a la Dirección General solicitar al Líder de la Oficina Asesora de Planeación la formulación de un

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 77 de 77

Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno. Dicho plan debe incluir estrategias para el tratamiento de las debilidades evidenciadas en este informe.

Cordialmente,



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: Maria Constanza Barco Perez – Auditor líder



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