 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 1 de 11

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día: 05	Mes: 11	Año: 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

Número de Informe	1/1
Nombre del Seguimiento	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Cauca – Dirección General Unidad para las Víctimas.
Objetivo del Seguimiento	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Cauca.
Alcance del Seguimiento	Inicia con la verificación de la información y evidencias cargadas en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
Normatividad	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2° literal e); el artículo 3° literal c) y el artículo 4° literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.


La Oficina de Control Interno (en adelante OCI), en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas por los responsables de la Dirección Territorial Cauca, vinculada a la Dirección General de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

El informe de seguimiento al plan de mejoramiento se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de la auditoría de gestión realizada a la Dirección Territorial Cauca por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la Oficina de Control Interno determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial Cauca supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad dado a un ejercicio juicioso del proceso para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen,

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 2 de 11

ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

Para que el líder de la Dirección Territorial Cauca y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad.

En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas.

Por consiguiente, la Dirección Territorial auditada establece 24 actividades en su plan de mejoramiento, con el fin de subsanar los 8 hallazgos (debilidades) evidenciados por la Oficina de Control Interno; una vez revisadas y verificadas las evidencias de cada una de las actividades, se determina que:

Diecinueve (19) actividades se encuentran cerradas y 5 se mantienen para la reformulación de acuerdo con el concepto definido en el criterio evaluador de la herramienta “Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca” aplicada por la Oficina de Control Interno, la cual se adjunta al informe.


Revisadas y verificadas las causas identificadas, éstas efectivamente coadyuvan a eliminar las debilidades encontradas, evidenciando la prueba total de la ejecución de las actividades. Sin embargo, las actividades No.1, 2 y 4, formuladas para la debilidad No.7 se encuentra en estado reformulada con un nivel y porcentaje de cumplimiento del 55% y ubicadas en zona de solidez bajo.

De igual manera ocurre con las actividades 2 y 3 formuladas para la debilidad No.8, las cuales están en estado reformulada con nivel y porcentaje de cumplimiento del 65%, situadas en zona de solidez bajo, de acuerdo con la valoración efectuada en ambos casos.

Lo anterior obedece a que la Dirección Territorial Cauca debe adelantar acciones adicionales que refuercen lo realizado actualmente, con el propósito de lograr un efectivo cumplimiento que conlleve a eliminar en su totalidad las causas que originan las debilidades 7 y 8.

Después del análisis realizado y a criterio del evaluador se relacionan de manera puntual las cinco (5) actividades que se deben mantener abiertas y ser objeto de nueva formulación por parte de la Dirección Territorial Cauca que supere la debilidad del Sistema de Control Interno comunicada en el ejercicio auditor, así:

Debilidad No.7. Debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 11

Los expedientes contractuales deben tener la capacidad de evidenciar todos los aspectos acaecidos durante todo el proceso de la contratación, desde la fase de planeación hasta la de cierre. Del análisis de los expedientes se evidencia ausencias de información documentada que genera incertidumbre en el Equipo Auditor, derivada de la aplicación del principio de escepticismo profesional. El expediente contractual en términos del Acuerdo 002 de 2014 emanado del Archivo General de la Nación, como ente rector en esta materia, señala que “Los expedientes se conformarán con la totalidad de los documentos de archivo agrupados en desarrollo de un mismo trámite, actuación o procedimiento, independientemente del tipo de información, formato o soporte y deben agruparse formando series o subseries documentales”. Lo anterior es un desarrollo legal de lo dispuesto por la Ley 594 de 2000, que en su artículo 11, ordena la “Obligatoriedad de la conformación de los archivos públicos. El Estado está obligado a la creación, organización, preservación y control de los archivos, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística”. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y párrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación. Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de capacitación en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada.

Actividad 1. “Programación entrega de informes”, la Dirección Territorial evaluada no presenta evidencias de la vigencia 2020.


Actividad 2. “Socializar los criterios que se deben tener para la entrega del informe”, el lineamiento enviado como evidencia no tiene fecha de elaboración o soporte de un oficio, memorando o correo electrónico que certifique el nombre del funcionario que lo elaboró y la fecha en la cual fue socializado.

Actividad 4. “Seguimiento a la gestión realizada”, la Dirección Territorial evaluada no remite evidencia de correo electrónico, memorando u oficio, donde solicite capacitaciones en supervisión contractual y gestión documental para expedientes contractuales, así como soportes de asistencia o participación en capacitaciones de estos dos (2) temas considerados como potenciales causas por la cual se genera la debilidad.

Debilidad No.8. Debilidad del sistema de control interno relacionada con la información y gestión del ejercicio de supervisión.

Convenio 1492 de 2018.

En relación con los informes de supervisión se evidencia que: el informe de diciembre se encuentra en ajustes por el ejecutor, de conformidad con las evidencias allegadas el día de la auditoria (correo de revisión 21 marzo de 2019 e informe con las observaciones de revisión). Al verificar el expediente entregado por el Grupo de Gestión Contractual no se evidencia dicha situación.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 11

Se evidencia un correo del 10 de marzo de 2019 donde relacionan el desembolso de los tres pagos del convenio, al verificar los informes de los expedientes entregados por el Grupo de Gestión Contractual de la Unidad, se identifican solo dos informes, tal como se identificó en el sitio de la auditoría.

Convenio 1501 de 2018

En relación con los informes de supervisión se evidencia que el informe de diciembre se encuentra en ajustes por el ejecutor, de conformidad con las evidencias allegadas el día de la auditoría (correo de revisión 20 marzo de 2019, 02 de agosto de 2019 e informe con las observaciones de revisión). Al verificar el expediente entregado por el Grupo de Gestión Contractual de la Unidad se identifica el informe de la actividad 2 (01/10/2018 a 31/10/2018) y el informe de la actividad 1 para el primer desembolso (01/10/2018 a 26/10/2018), el cual no cuenta con el soporte de pago de seguridad social, informe actividad 4 tercer desembolso (27/11/2018 a 06/12/2018), dentro de los expedientes, pero no se observa el desembolso del pago 2.


Se evidencia un correo del 10 de marzo de 2019 donde relacionan el desembolso de los tres pagos del convenio, al verificar los informes de los expedientes entregados por el Grupo de Gestión Contractual de la Unidad, se identifican solo dos informes, tal como se identificó en el sitio de la auditoría.

Actividad 2. “Establecer el cronograma de seguimiento”, la Dirección Territorial Cauca no presenta evidencias relacionada con la realización de esta actividad.

Actividad 3. “Realizar la validación del seguimiento”, el acta de liquidación bilateral del convenio interadministrativo No.1501 de 2018, suscrito entre la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, y los municipios de Argelia, Balboa, Mercaderes, Florencia (Cauca) y el departamento del Cauca, no tiene suscrita las firmas del gobernador del departamento del Cauca, el secretario general de la UARIV y uno de los supervisores.

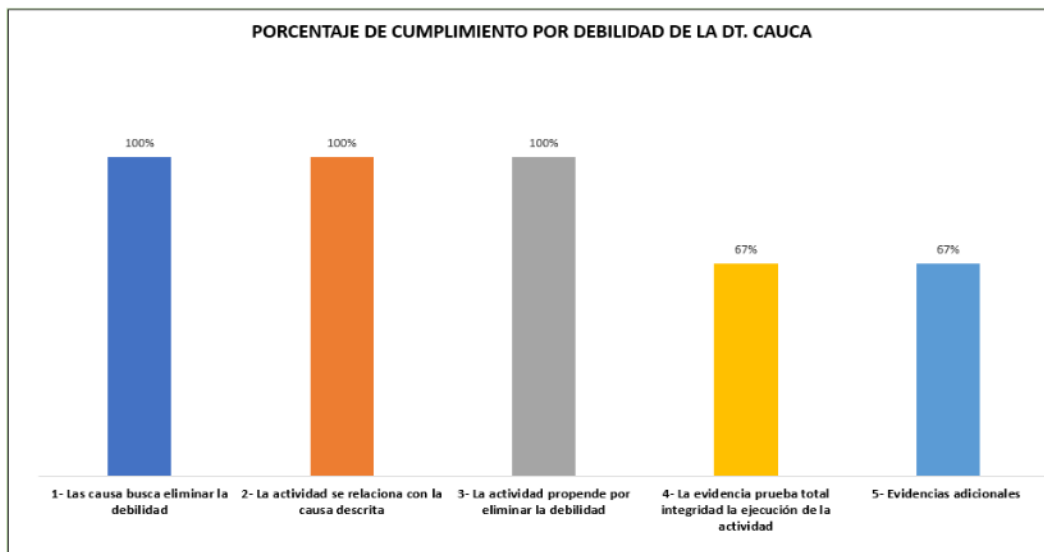
Lo anteriormente descrito, pone en manifiesto que las actividades en mención se encuentran inconclusa, situación que no permite demostrar que las acciones adelantadas subsanen la causa de los hallazgos (debilidades).

Contrario a lo anteriormente descrito, la totalidad de las actividades correspondientes a las debilidades 1, 2, 3, 4, 5 y 6 están cerradas con un nivel y porcentaje de cumplimiento del 75%, ubicada en zona de solidez medio. Sin embargo es importante aclarar que, a pesar de que éstas contribuyen a eliminar las debilidades identificadas en la auditoría (según el resultado de evaluación de la herramienta), ninguna alcanza el 100% de cumplimiento y zona de solidez alto, esto se debe a que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en SharePoint se realizó en el transcurso de la ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la Oficina de Control Interno, toda vez que al efectuar la verificación en dicho aplicativo no se observa gestión de la Dirección Territorial Cauca en lo concerniente al oportuno registro de la información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 5 de 11

tiene fecha de programación para inicio y finalización en el primer trimestre de 2020 (20-01-2020 al 31-03-2020 o 31-01-2020 al 31-03-2020).

Verificados los criterios de cumplimiento ya mencionados, en la siguiente grafica se evidencia el comportamiento estadístico de la gestión de la Dirección Territorial Cauca en la auditoría de seguimiento, así:




Fuente: Propia Oficina de Control Interno - Herramienta Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca

Teniendo en cuenta el resultado porcentual que arroja la herramienta y que se aprecia en la gráfica, se determina que:

- El 100% de las causas que establece la Dirección Territorial auditada buscan eliminar la debilidad identificada por el equipo auditor.
- El 100% de las actividades que registra la Dirección Territorial Cauca se relacionan con las causas descritas.
- El 100% de las actividades que establece la Dirección Territorial Cauca propende por eliminar la actividad.
- El 67% de las evidencias presentadas por la Dirección Territorial auditada dan prueba total de integridad de la ejecución de la actividad.
- El 67% corresponde a evidencias adicionales.

El evaluador de la Oficina de Control Interno delegado para realizar esta actividad utiliza la herramienta denominada "Seguimiento plan de mejoramiento – DT Cauca" (matriz en Excel), establecida para tal fin.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 6 de 11

Esta herramienta cuenta con 5 hojas de trabajo, así:

1. Instructivo.
2. Seguimiento plan de mejoramiento gestión.
3. Consolidado DT Cauca.
4. Grafica por debilidad.
5. Grafica por consolidado.

En la hoja de trabajo 2 (Seguimiento plan de mejoramiento gestión) en su contenido se encuentra registrada la información concerniente a:

- i. Caracterización del plan de seguimiento (columnas de la C hasta la M).
- ii. Criterios de cumplimiento (columnas de la N hasta la S).
- iii. Valoración del cumplimiento de los criterios (columnas de la T hasta la Z).
- iv. Estado (columnas de la AA hasta la AC).
- v. Resultado de la evaluación de los criterios (columnas de la AD hasta la AI).

La hoja de trabajo 3 (Consolidado DT Cauca) presenta la siguiente información:

- Columna C Debilidad.
- Columna D Causas.
- Columnas de la E hasta la I resultado de la evaluación de los criterios (1, 2, 3, 4 y 5).
- Columna J estado de cumplimiento.
- Columna K zona de solidez.
- Columna L criterio evaluador.


En la hoja de trabajo 4 se encuentra grafica por debilidad.

En la hoja de trabajo 5 se encuentra grafica consolidado.

Acto seguido, el evaluador encargado del seguimiento procede a realizar el análisis de la información concerniente al estado de cumplimiento y zona de solidez de las 8 debilidades, información registrada en la hoja de trabajo 3 columnas J y K, con los siguientes resultados:

Debilidad 1. Debilidad del sistema de control interno por ausencia de indicadores gerenciales. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad tres (3) actividades, las tres (3) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

Debilidad 2. Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad cuatro (4) actividades, las cuatro (4) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 7 de 11

Debilidad 3. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad tres (3) actividades, las tres (3) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

Debilidad 4. Debilidad del sistema de control interno en la gestión para el seguimiento de la variable de servicios. Se evidencia fallas en el funcionamiento de la línea telefónica asignada a la contratista que ejerce la labor como asistente del Director Territorial Cauca. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad dos (2) actividades, las dos (2) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior, esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

Debilidad 5. Debilidad del sistema de control interno en la solución de la variable de tecnología, compartida con OTI. Se evidencia fallas eléctricas permanentes que generan daños en impresoras y computadores de la DT Cauca. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad una (1) actividad, la cual está en estado de cumplimiento cerrada y en zona de solidez medio. Por lo anterior, esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.


Debilidad 6. Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, acceso y control de equipos. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad tres (3) actividades, las tres (3) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

Debilidad 7. Debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad cuatro (4) actividades, una (1) en estado de cumplimiento cerrada, tres (3) reformuladas y en zona de solidez bajo. Por lo anterior esta debilidad requiere reformulación.

Es importante aclarar que, a pesar de que una (1) de las cuatro (4) actividades tiene nivel de cumplimiento del 75% y estado de cumplimiento cerrada, su zona de solidez es bajo en razón a que las tres (3) actividades restantes (establecidas en el plan de mejoramiento) se encuentran en estado reformuladas con porcentaje (nivel) de cumplimiento del 55% y zona de solidez bajo, motivo por el cual la debilidad no ha sido subsanada en su totalidad y requiere reformulación.

Debilidad 8. Debilidad del sistema de control interno relacionada con la información y gestión del ejercicio de supervisión (Convenios interadministrativo No.1492 de 2018 y No.1501 de 2018). El plan de mejoramiento propone para esta debilidad cuatro (4) actividades, dos (2) en estado de cumplimiento cerradas, dos (2) reformuladas y en zona de solidez bajo. Por lo anterior esta debilidad requiere reformulación.

Cabe aclarar que, a pesar de que dos (2) de las cuatro (4) actividades establecidas en el plan de mejoramiento tienen nivel de cumplimiento del 75% y estado de cumplimiento cerrada, su zona de solidez es bajo, debido a que las dos (2) restantes se encuentran en estado reformuladas con

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 8 de 11

porcentaje (nivel) de cumplimiento del 55% y zona de solidez bajo, razón por la cual la debilidad no ha sido subsanada en su totalidad y requiere reformulación.


Nota: Para las debilidades 7 y 8 a pesar de que tienen una (1) y dos (2) actividades cerradas respectivamente, se recomienda que el líder de la Dirección Territorial examine en la hoja 3 (consolidado DT Cauca) columna J denominada “Estado de cumplimiento” de las actividades que aparezcan reformuladas y verifique su ejecución, con el fin fortalecer la gestión en cuanto a la realización de seguimientos, evaluación y control, cuyo propósito debe estar acentuado en lograr el cierre de éstas en el próximo seguimiento a realizar por parte de la Oficina de Control Interno, de acuerdo con las evidencias suministradas que cumplan con los criterios de certeza requeridos.

A continuación, en la tabla 1 se relacionan las debilidades (8), las actividades por debilidades (24), el estado de cumplimiento por debilidad (cerradas o reformuladas), porcentaje de cumplimiento, nivel de cumplimiento por debilidad y zona de solidez; la información de la siguiente tabla es el resultado de la evaluación y análisis de la herramienta “Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca”, documento que se adjunta y hace parte del presente informe.

TABLA 1. RESUMEN ESTADO DE DEBILIDADES SEGUIMIENTO PLAN MEJORAMIENTO AUDITORÍA A-13 DT CAUCA 2018.

DEBILIDAD	ACTIVIDADES POR DEBILIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD	ZONA DE SOLIDEZ
		CERRADAS	REFORMULADAS			
1	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
2	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
	4			75%		
3	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
4	1			75%	75	Medio
	2			75%		
5	1			75%	75	Medio
6	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
7	1			55%	55	Bajo
	2			55%		
	3			75%		
	4			55%		
8	1			75%	65	Bajo
	2			55%		
	3			55%		
	4			75%		

Fuente: Herramienta “Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca” - Oficina de Control Interno.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 9 de 11

B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno valora el esfuerzo por parte del líder de la Dirección Territorial Cauca y su equipo de trabajo en lo referente a las acciones adelantadas en su plan de mejoramiento, con el objetivo de eliminar o minimizar las causas que generaron las debilidades del sistema de control interno que se presentan como resultado de la auditoría de gestión A-13 realizada por la Oficina de control Interno en la vigencia 2019. En este sentido, se concluye que:

De las ocho (8) debilidades suscritas en su plan de mejoramiento.

1. Seis (6) se establecen en su estado de cumplimiento cerradas, equivalente al 75%.
2. Dos (2) se determinan en su estado de cumplimiento reformuladas, equivalente al 25%.

Asimismo, de las veinticuatro (24) actividades registradas en su plan de mejoramiento para subsanar las ocho (8) debilidades.


1. Diecinueve (19) se encuentran cerradas, equivalente al 79%.
2. Cinco (5) se mantienen abiertas para su reformulación, equivalente al 21%.

Por último, en lo concerniente al resultado porcentual que arroja la herramienta “Plan de mejoramiento DT Cauca”, se determina que:

- i. El 100% de las causas que establece el proceso la Dirección Territorial auditada buscan eliminar la debilidad identificada por el equipo auditor.
- ii. El 100% de las actividades que registra la Dirección Territorial Cauca se relacionan con las causas descritas.
- iii. El 100% de las actividades que establece la Dirección Territorial Cauca propende por eliminar la actividad.
- iv. El 67% de las evidencias presentadas por el proceso la Dirección Territorial auditada dan prueba total de integridad de la ejecución de la actividad.
- v. El 67% corresponde a evidencias adicionales.

RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno recomienda replantear las acciones estratégicas adicionales que coadyuven en el propósito de lograr una gestión efectiva que permita minimizar o eliminar en su

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 10 de 11

totalidad las causas que originaron las debilidades que aún no han sido subsanadas y por ende las actividades que se encuentran en estado de cumplimiento reformulada.

Fortalecer la gestión en lo concerniente a la realización permanente de seguimiento, evaluación y control tanto de las actividades en estado de cumplimiento cerradas como las reformuladas, en la primera con el fin de evitar que se vuelva a incurrir en las causas que generaron las debilidades subsanadas, y en la segunda con el objetivo de lograr el cierre de éstas para el cumplimiento total del plan de mejoramiento en el próximo seguimiento a realizar por parte de la Oficina de Control Interno.

Realizar el cargue oportuno de la información y evidencias que hacen falta para subsanar las debilidades en estado de cumplimiento reformuladas, las cuales deben estar acordes con las actividades establecidas en el plan de mejoramiento y cumplan con los criterios de certeza requerido, de igual manera que éstas se encuentren en el periodo de tiempo estipulado (fecha de inicio y finalización) en dicho plan.

Persistir en gestionar la solicitud correspondiente al registro de las firmas que a la fecha no están suscritas en el acta de liquidación del convenio interadministrativo No.1501 de 2018, toda vez que han transcurrido 34 meses de haber finalizado dicho convenio sin que el acta de liquidación esté formalmente finiquitada.

Finalmente, en lo que respecta a las 5 actividades que requieren reformulación, la Oficina de Control Interno verificará su cumplimiento en el próximo seguimiento, con el fin de que las debilidades 7 y 8 sean subsanadas y se encuentren controladas por el proceso.


APROBÓ

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO.
 Jefe Oficina de Control Interno.


ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 11 de 11

3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 1 de 30

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día: 12	Mes: 11	Año: 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------


Número de Informe	1
Nombre del Seguimiento	Seguimiento al Plan de mejoramiento de las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Caquetá - Huila.
Objetivo del Seguimiento	Verificar el avance o logro de las actividades establecidas por la Dirección Territorial, responsable en superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Caquetá - Huila.
Alcance del Seguimiento	Inicia con el análisis, evaluación en el marco de la verificación de la información cargada (evidencias) en el aplicativo plan de mejoramiento OCI, administrado por la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
Normatividad	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2º literal e); el artículo 3º literal c) y el artículo 4º literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública versión 2018.

A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (Dimensión 7 control interno, Política de Control Interno y Tercera Línea de Defensa) y el Modelo Estándar de Control Interno – MECI (Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación y Actividades de Monitoreo) verifica el avance y cumplimiento de las acciones y actividades establecidas en el plan de mejoramiento correspondiente al periodo de corte 2019 bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial Caquetá – Huila, el cual fue solicitado en el marco de la auditoría de gestión del Sistema de Control Interno realizado en el mes de septiembre al 29 de noviembre de 2019.

El informe de seguimiento a la Dirección Territorial Caquetá - Huila se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la dependencia adquiere como producto de la auditoría de gestión realizada a la Dirección Territorial Caquetá – Huila.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento (Matriz de evaluación PM - DT Cauca - Huila) que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 2 de 30

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*


Como resultado de dichos criterios la Oficina de Control Interno - OCI determina si el plan de mejoramiento implementado por la Dirección Territorial supera el cierre de las debilidades las cuales son subsanadas a través de las evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la Oficina de Control Interno - OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección Territorial para mejorar o si se mantiene abiertas; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

Para que el líder de la Dirección Territorial y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integral del informe (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila). En este instrumento se encuentran los criterios que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su concepto de evaluación. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas la Dirección Territorial mantenga una constante gestión y aplicación de los elementos de control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de estas debilidades.

En el caso de dejarlas abiertas (reformulación del plan de mejoramiento); se recomienda que el líder de la Dirección Territorial y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas.

La siguiente es la lista de debilidades que después del análisis y evaluación realizado por el equipo auditor dando como resultado el cierre o en reformulación las cuales deben ser objeto de nueva formulación de las actividades para que la Dirección Territorial Caquetá – Huila supere la debilidad del Sistema de Control Interno comunicada en el ejercicio auditor, de acuerdo con los siguientes resultados:

- A. Hallazgo - debilidad 1: El Equipo Auditor durante la visita de auditoria aplica el papel de trabajo relacionado con la medición del sistema de control interno – indicadores y se solicita allegar las evidencias que soporten la gestión. Analizadas dichas evidencias con los criterios de auditoria generalmente aceptados se observa que la Dirección Territorial no posee una batería de medición que dé cuenta de la gestión gerencial que despliega en la jurisdicción Caquetá – Huila. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en los artículos 1º; 2º literales b), c), d), f) y g); 3º literal a); 4º literal i), j) y artículo 6º Ley 87 de 1993 y el Decreto 1499 de 2017 artículo 2.2.22.3.1 Manual Operativo numeral 7.2.1.

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 30


El Equipo Auditor considera como potenciales causas de la situación que se evidencia corresponde a la ausencia del proceso de empalme entre los dos directores territoriales relacionados con el sistema de medición gerencial o la falta de capacitación al personal sobre buenas prácticas y modelos de medición. Lo anterior aumenta el riesgo de lograr los resultados gerenciales de la Dirección Territorial y de la toma de decisiones sin tener información relevante y pertinente de un modelo robusto de medición.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
La desvinculación de la directora saliente Lucrecia Murcia fue por declaratoria de insubsistencia, lo cual no permitió que se realizara el proceso de empalme con la directora (E) Sandra Jhovana Bello.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Se desconoce de la existencia de baterías de medición estándar que haya compartido la OCI a las DT y que den cuenta de la gestión gerencial que se despliega en el territorio.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Tabla No. 1 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 1 vs causas
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

De acuerdo con el análisis de los cinco (5) criterios que hacen parte integral de la Matriz de evaluación PM - DT Caquetá – Huila; que se realizó su evaluación para las causas, acciones y

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 30

sus actividades vinculadas al plan de mejoramiento de la debilidad uno (1) y se obtuvieron los siguientes análisis:

- i. Actividad 1: Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la debilidad - Hallazgo No. 126 (287) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1: Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Acta empalme DTs Cqta Huila - 07 y 08 de enero 2020; con objetivo Reunión de empalme con la directora territorial Caquetá y Huila Yhina Paola Lombana. los cuales se tomaron como temas (funcionamiento estructural y funcional de la Dirección Territorial) y en consideración no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.

Criterio 5: No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones


Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 25% con una zona de solidez baja; lo que implica que está en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

- ii. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 126 (288) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.2, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 2, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 5 de 30

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficina capacitación medición OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno, los cuales se tomaron como temas (batería de medición y sistema de control interno - riesgos) y en consideración no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoría del sistema de control interno en el aplicativo -OCI de la auditoría A-14.

Criterio 5: No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones

Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 40% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

- iii. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 126 (291) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.3, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 3, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y pretende eliminar la DEBILIDAD.


Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficina capacitación medición OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno, los cuales se tomaron como temas (batería de medición y sistema de control interno - riesgos) y en consideración no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoría del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoría A-14.

Criterio 5: No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones

Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 55% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

- iv. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 126 (294) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 6 de 30

Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.4, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 4, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

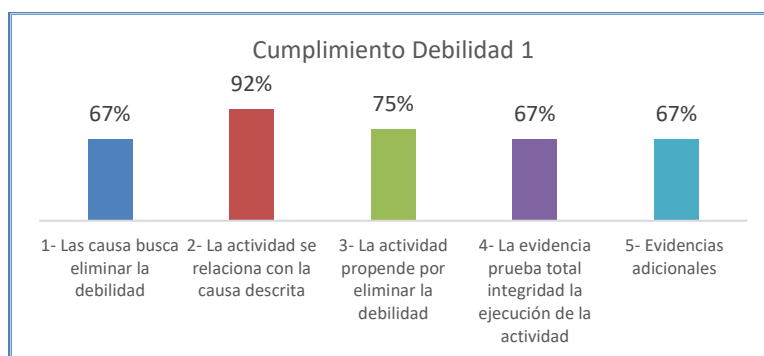
Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficio capacitación medición OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno, los cuales se tomaron como temas (batería de medición y sistema de control interno - riesgos) y en consideración no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.


Criterio 5: No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones

Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 0% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente grafica se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de las cuatro actividades y su porcentaje de cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas, de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:



Grafica No. 1 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 1
 Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 7 de 30

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 67% lo que implica que las causas identificadas no buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 92% de las actividades están bien definidas pero la implementación debe estar asociada a la Dirección Territorial en relación con la Oficina Asesora de Planeación y no con la Oficina de Control Interno que en consecuencia no propende por eliminar la debilidad de acuerdo con el criterio de cumplimiento del 75%; en cuanto a la verificación del análisis y revisión de las evidencias el criterio dio una calificación del 67% el cual no prueba totalmente la integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que se solicitaron para ser subsanadas en un plazo definido para el 20 de octubre del 2021. A continuación, se presenta el cuadro resumen de los datos estadísticos:

	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
1	Total	8	11	9	8	8
	Porcentaje Cumplimiento	67%	92%	75%	67%	67%


Tabla No.2 datos estadísticos consolidados análisis debilidad 1
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- B. Hallazgo - Debilidad 2. El Equipo Auditor durante la visita de auditoria aplica el papel de trabajo relacionado con la medición del sistema de control interno – Riesgos. Analizadas las evidencias con los criterios de auditoria generalmente aceptados se observa que la Dirección Territorial no posee un mapa de riesgos que dé cuenta de la gestión gerencial que despliega en la jurisdicción Caquetá – Huila. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en los artículos 1º; 2º literales b), c), e), f), g) literal a); 4º literal i), j), k) y el artículo 6º de la Ley 87 de 1993. La Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del riesgo en la entidad y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación en temas de riesgos, la falta de aplicación de mejores prácticas, falta de un tablero de control que permita realizar seguimiento a las acciones de administración del mapa de riesgos. Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr los objetivos institucionales y de la Dirección Territorial en particular.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 8 de 30

Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Tabla No. 3 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 2 vs causas
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

i. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (292) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:


Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficina capacitación medición OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno, los cuales se tomaron como temas (batería de medición y sistema de control interno - riesgos) y en consideración no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoría del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoría A-14.

Criterio 5: Se registraron evidencias adicionales las cuales no permitieron lograr la efectividad de las acciones

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 9 de 30

Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 45% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

- ii. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la debilidad - Hallazgo No. 127 (293) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No. 2, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 2, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficina capacitación medición OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno, los cuales se tomaron como temas (batería de medición y sistema de control interno - riesgos) y en consideración no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoría del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoría A-14.

Criterio 5: Se registraron evidencias adicionales las cuales no permitieron lograr la efectividad de las acciones


5. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 45% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

- iii. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la debilidad - Hallazgo No. 127 (295) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No. 3, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 3, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

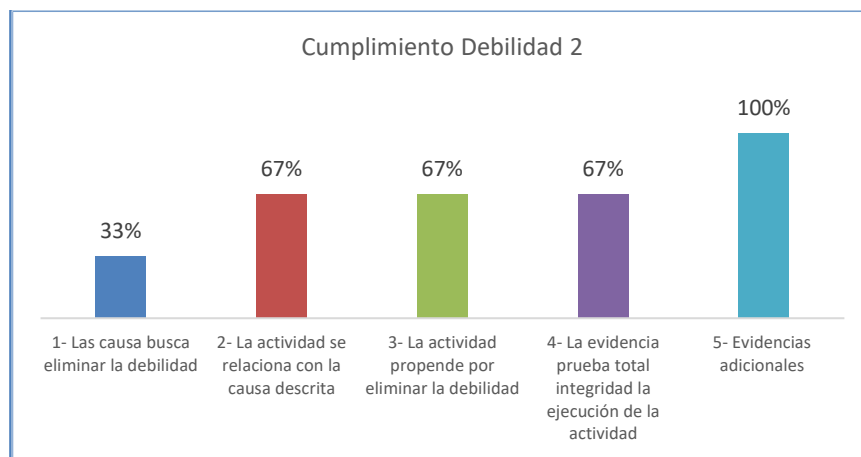
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 10 de 30

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: acta de reunión socialización metodología de riesgos 2020 - con fecha de 8 de junio 2020; con objetivo Socialización al equipo de trabajo Metodología de administración de riesgos, los cuales se tomaron como temas (batería de medición y sistema de control interno - riesgos) y en consideración no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo - OCI en la auditoria A-14.

Criterio 5: Se registraron evidencias adicionales las cuales no permitieron lograr la efectividad de las acciones


Evaluación total de los Criterios Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 45% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente gráfica se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de las tres (3) actividades y su porcentaje de cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas; de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:



Grafica No. 2 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 2
 Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 33% lo que implica que la definición de las causas no buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 67% de las actividades están parcialmente definidas pero la implementación debe estar asociada a la Dirección Territorial en relación con la Oficina Asesora de Planeación y no con la Oficina de Control Interno; que en consecuencia el criterio tres (3), no propende eliminar la debilidad de acuerdo con el criterio de cumplimiento del 67%; en cuanto a la verificación del análisis y revisión de las evidencias el criterio cuatro (4) dio una calificación del 67% el cual no prueba totalmente la integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que se enviaron para subsanar en un

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 11 de 30

plazo definido para el 20 de octubre del 2021, pero no cubrieron la efectividad para el cierre de la debilidad. A continuación, se presenta el cuadro resumen de los datos estadísticos:


I	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
2	Total	3	6	6	6	9
	Porcentaje Cumplimiento	33%	67%	67%	67%	100%

Tabla No. 4 datos estadísticos consolidados análisis debilidad 2
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- C. Hallazgo – Debilidad 3. El Equipo Auditor durante la visita de auditoria aplica el papel de trabajo relacionado con la medición del sistema de control interno – control. Se observa que la Dirección Territorial posee controles, pero ellos son débiles por cuanto ellos no se articulan con otras herramientas gerenciales que permita tomar decisión informadas para la gestión administrativa y gerencial que despliega en la jurisdicción Caquetá – Huila. considera el no cumplimiento de lo dispuesto en las Dimensiones 4 y 5 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud de lo dispuesto en el artículo 2º literales d) y f); artículo 4º literales i), j) y el artículo 6º de la Ley 87 de 1993. La Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de identificación de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación que permita obtener una herramienta solida en el análisis de los resultados para el cumplimiento de la misión institucional, así como el desconocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de control, en modelos de control gerencial para la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr los objetivos institucionales y de la Dirección Territorial en particular.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 12 de 30

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad
No se tiene conocimiento claro de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación, así como tampoco se conoce tableros de control que permitan hacer seguimiento al control gerencial de la DT.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Tabla No. 5 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 3 vs causas
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- i. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.


Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: oficio solicitud de capacitación al jefe de la OCI - 18 de febrero de 2020 oficio solicitud de capacitación al jefe de la OCI - 20 de febrero de 2020 y en consideración NO se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.

Criterio 5: No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones

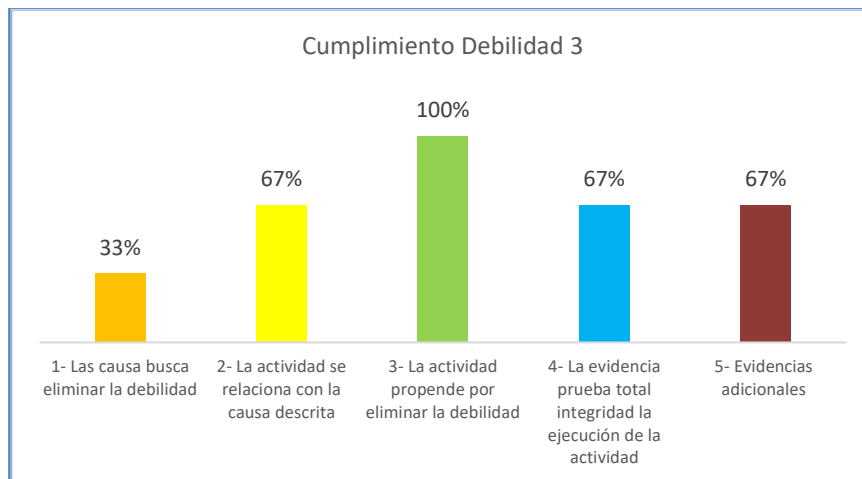
Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 35% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

A continuación, se presenta el análisis y evaluación de los criterios establecidos para la debilidad No. 3.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente gráfica

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 13 de 30

se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de la actividad y su porcentaje de cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas; de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:




Grafica No. 3 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 3
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 33% lo que implica que la definición de las causas no buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 67% de las actividades están parcialmente definidas pero la implementación debe estar asociada a la Dirección Territorial en relación con la Oficina Asesora de Planeación y no con la Oficina de Control Interno; que en consecuencia no propende por eliminar la debilidad; sin embargo el criterio de cumplimiento del 100% de la evidencia hace referencia a la a la formulación de la actividad pero no al área responsable para dar acompañamiento a la misma; en cuanto a la verificación del análisis y revisión de las evidencias el criterio cuatro (4) dio una calificación del 67% el cual no prueba totalmente la integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que se enviaron para subsanar en un plazo definido para el 20 de octubre del 2021, pero no cubrieron la efectividad para el cierre de la debilidad. A continuación, se presenta el cuadro resumen de los datos estadísticos:

	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
3	Total	1	2	3	2	2
	Porcentaje Cumplimiento	33%	67%	100%	67%	67%

Tabla No. 6 datos estadísticos consolidados análisis debilidad 3
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 14 de 30

- D. Hallazgo – Debilidad 4. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles establecidos por la Dirección Territorial Caquetá - Huila no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad
No se tiene conocimiento preciso en materia de control interno ni de la metodología a seguir para realizar los controles pertinentes a la gestión de la DT.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador	Cumplida	Cumplida


Tabla No. 7 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 4 vs causas
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá – Huila

- i. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

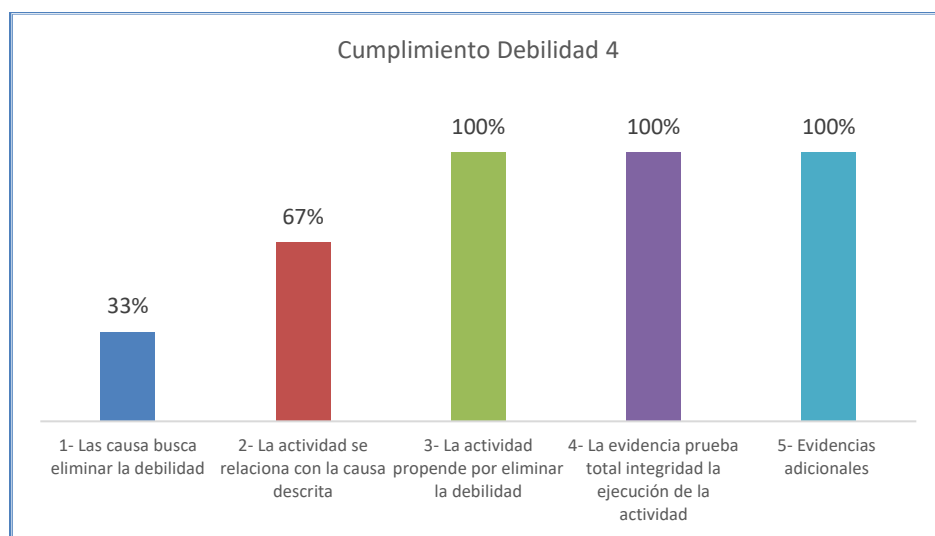
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 15 de 30

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: acta de seguimiento 25 de junio 2020, plan de mejoramiento DT Caquetá huila acta de reunión OAP - OCI. - 23 de enero de 2020 correo seguimiento a plan gerencial - 24 de julio de 2020 en consideración se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.

Criterio 5: No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones


Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 20% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente gráfica se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de la actividad y su porcentaje de cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas; de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:



Gráfica No. 4 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 4
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 33% lo que implica que la definición de las causas no buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 67% de las actividades están parcialmente definidas pero la implementación debe estar asociada a la Dirección Territorial en relación con la Oficina Asesora de Planeación y no con la Oficina de Control Interno; que en consecuencia no propende por eliminar la debilidad de acuerdo con el criterio de cumplimiento del 67% en cuanto a la presentación de la evidencia y al no estar relacionada con la causa y las actividades; en cuanto a la verificación del análisis y revisión de las evidencias el criterio cuatro

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 16 de 30

(4) dio una calificación del 67% el cual prueba que no hay la integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que no fueron enviadas para subsanar en un plazo definido para el 20 de octubre del 2021, requeridas para la efectividad en el cierre de la debilidad. A continuación, se presenta el cuadro resumen de los datos estadísticos:


	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
4	Total	1	2	2	2	2
	Porcentaje Cumplimiento	33%	67%	67%	67%	67%

Tabla No. 8 datos estadísticos consolidados análisis debilidad 4
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- E. Hallazgo – Debilidad - 5 Debilidad del sistema de control por incumplimiento de lo planeado contra lo ejecutado, evaluación plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Caquetá - Huila. Teniendo como parámetro de evaluación que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 5 de 20 metas, lo que corresponde a un 25%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas las debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros control, deficiencias en el conocimiento de modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 17 de 30

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad
El cambio en las metas y actividades por parte de las subdirecciones que alteran el cumplimiento en territorio de lo inicialmente proyectado.	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador	Cumplida	Cumplida
La contratación tardía de los enlaces de víctimas de los municipios que impidieron brindar las asistencias técnicas en los tiempos previstos	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador

Tabla No. 9 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 5 vs causas
 Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- i. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 130 (298) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.


Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita, pero pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: correo solicitud de acta de cambios 10 del 1 de abril de 2020, correo indicadores plan de acción susceptibles de cambio de fecha 30 de marzo de 2020, correo acta de cambios No. 40 de fecha 2 de julio de 2020 y correo acta de cambios No. 36 de fecha 11 de junio de 2020 en consideración se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.

Criterio 5. No se registraron evidencias adicionales, pero igualmente permitieron lograr la efectividad de las acciones.

Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 95% con una zona de solidez media; lo que implica que estaría en un ESTADO DE CERRADA.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 18 de 30

- ii. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 130 (298) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No. 2, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 2, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita pero NO pretende eliminar la DEBILIDAD.


Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

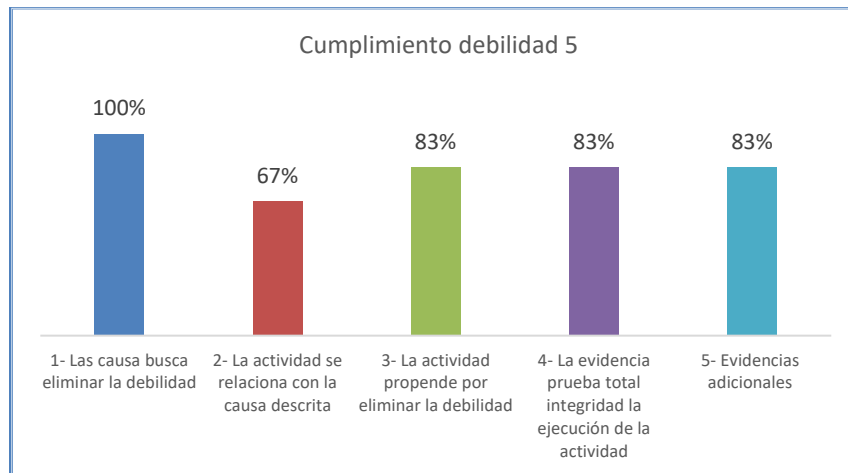
Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: correo solicitud de acta de cambios n 10 del 1 de abril de 2020, correo indicadores plan de acción susceptibles de cambio de fecha 30 de marzo de 2020, correo acta de cambios n 40 de fecha 2 de julio de 2020 y correo acta de cambios No. 36 de fecha 11 de junio de 2020; en consideración NO se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.

Criterio 5. No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones

Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 55% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULAR.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente gráfica se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de la actividad y su porcentaje de cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas; de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 19 de 30




Grafica No. 5 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 5
 Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 100% lo que implica que la definición de las causas buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 67% de las actividades están parcialmente definidas pero la implementación debe estar asociada a la Dirección Territorial en relación con la Oficina Asesora de Planeación y no con la Oficina de Control Interno; que en consecuencia propende por eliminar la debilidad parcialmente de acuerdo con el criterio de cumplimiento del 83% en cuanto a la presentación de la evidencia y al no estar relacionada con las actividades; así mismo la verificación del análisis y revisión de las evidencias del criterio cuatro (4) dio una calificación del 83% el cual prueba que hay la integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que no fueron enviadas para subsanar en un plazo definido para el 20 de octubre del 2021, requeridas para la efectividad en el cierre de la debilidad.

	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
5	Total	6	4	5	5	5
	Porcentaje Cumplimiento	100%	67%	83%	83%	83%

Tabla No. 10 datos estadísticos consolidados análisis debilidad 5
 Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

F. Hallazgo – Debilidad – 6. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles establecidos por la Dirección Territorial Caquetá - Huila no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 20 de 30

2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad
No se tiene conocimiento preciso en materia de control interno ni de la metodología a seguir para realizar los controles pertinentes a la gestión de la DT.	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Tabla No. 11 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 6 vs causas
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila


- i. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 131 (300) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: acta de actualización mapa de riesgos de junio 16 y 19 de 2020, lista de asistencia actualización mapa de riesgos DT Caquetá huila 16 de junio de 2020, correo mapa de riesgos actualizado 2020 fecha del 27 de julio de 2020 y acta socialización metodología mapa de riesgos 2019 con fecha 8 de junio de 2020 en consideración se definieron acciones

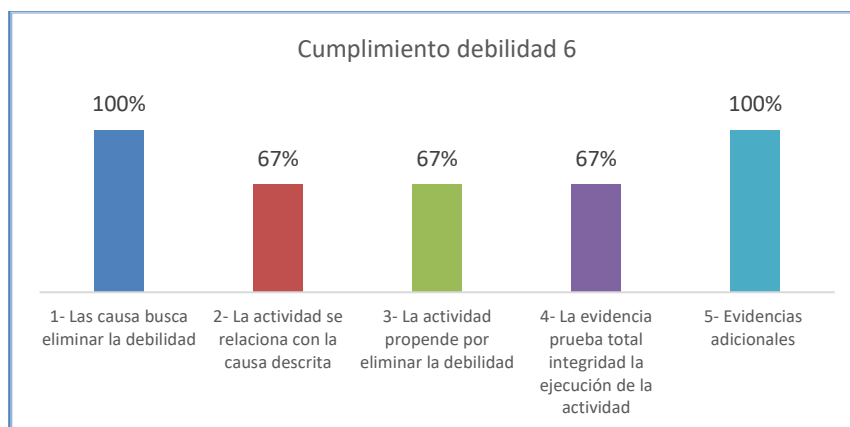
 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 21 de 30

relativas y pertinentes a dar una solución parcial, ya que el diseño de las actividades están dirigidas a la oficina de control interno y la debilidad identificada en la auditoría del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoría A-14.

Criterio 5. Se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones


Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 80% con una zona de solidez media; lo que implica que estaría en un ESTADO DE CERRADA.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente gráfica se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de la actividad y su porcentaje de cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas; de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:



Gráfica No. 6 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 6
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 100% lo que implica que la definición de las causas buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 67% de las actividades están parcialmente definidas pero la implementación debe estar asociada a la Dirección Territorial en relación con la Oficina Asesora de Planeación y no con la Oficina de Control Interno; que en consecuencia propende por eliminar la debilidad parcialmente de acuerdo con el criterio de cumplimiento del 67% en cuanto a la presentación de la evidencia y al no estar relacionada con la causa y las actividades; así mismo la verificación del análisis y revisión de las evidencias el criterio cuatro (4) dio una calificación del 67% el cual prueba que hay la integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que fueron enviadas para subsanar en un plazo definido para el 20 de octubre del 2021, requeridas para la efectividad en el cierre de la debilidad.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 22 de 30


	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
6	Total	3	2	2	2	3
	Porcentaje Cumplimiento	100%	67%	67%	67%	100%

Tabla No. 12 datos estadísticos consolidados análisis debilidad 6
 Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- G. Hallazgo – Debilidad – 7 El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada y la gestión de supervisión. El ejercicio de las actividades de supervisión reviste de alta importancia para el logro de los fines establecidos en el objeto del contrato, su ejecución, liquidación y el cumplimiento de las metas institucionales. Lo anterior el Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 artículos 2º literales a), b), c), e), f) y g); 4º literales b), e), i), j) y k); Ley 594 de 2000 artículo 11 y párrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación, Ley 1474 de 2011 artículo 83 y ss.

Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de capacitación en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada respecto de la absoluta claridad de cuál es el informe que realmente recoge la gestión contractual.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 23 de 30

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad
Desconocimiento de la creación de archivo local sobre el desarrollo y manejo de expedientes físicos de cada uno de los contratos.	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador
Desconocimiento de la creación de archivo local sobre el desarrollo y manejo de expedientes físicos de cada uno de los contratos.	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo con el criterio del evaluador

Tabla No. 13 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 7 vs causas
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- i. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 132 (302) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.


Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y pretende eliminar la DEBILIDAD.

Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: enlace carpeta contratos contratistas DT Caquetá huila 2020 y 2021, pantallazo archivo contratos 2020 y pantallazo archivo contratos 2021, ya que el diseño de las actividades está parcialmente (faltan actividades de capacitación para el manejo de gestión documental de los expedientes, para el manejo de los contratos) dirigidas a la oficina de control interno y la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.

Criterio 5. Se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones

Evaluación total de los Criterios. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 75% con una zona de solidez media; lo que implica que estaría en un ESTADO DE CERRADA.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 24 de 30

ii. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11 de diciembre de 2019 eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 132 (301) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio Analizada y evaluada la CAUSA No. 2, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 2 la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y pretende eliminar la DEBILIDAD.

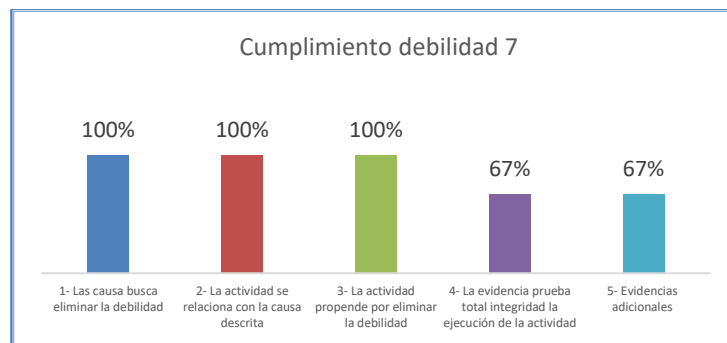
Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: link carpeta contratos contratistas DT Caquetá huila 2020 y 2021, pantallazo archivo contratos 2020 y pantallazo archivo contratos 2021, ya que el diseño de las actividades está parcialmente (faltan actividades de capacitación para el manejo de gestión documental de los expedientes, para el manejo de los contratos) dirigidas a la oficina de control interno y la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.


Criterio 5. Se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones

Evaluación total de los Criterios. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 75% con una zona de solidez media; lo que implica que estaría en un ESTADO DE CERRADA.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente gráfica se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de la actividad y su porcentaje de cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas; de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:



Grafica No. 7 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 7
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 25 de 30

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 100% lo que implica que la definición de las causas buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 100% de las actividades que están definidas para la implementación de las acciones; que en consecuencia propende por eliminar la debilidad parcialmente de acuerdo con el criterio de cumplimiento del 100% en cuanto a la presentación de la evidencia y al no estar relacionada con la causa y las actividades; así mismo la verificación del análisis y revisión de las evidencias el criterio cuatro (4) dio una calificación del 67% el cual prueba que hay la integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que fueron enviadas para subsanar en un plazo definido para el 20 de octubre del 2021, requeridas para la efectividad en el cierre de la debilidad.


	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
7	Total	6	6	6	4	4
	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%

Tabla No. 14 datos estadísticos consolidados análisis debilidad 7
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- H. Hallazgo – Debilidad – 8: Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a la seguridad (por ejemplo, guayas de seguridad) de los equipos de cómputo portátiles, copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios, alarmas contra incendio. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT con el propósito de concienciar acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, confidencialidad de la información, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.

A continuación, se muestran el análisis y evaluación de los criterios establecidos:

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 26 de 30

Causas	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad
Falta de conocimiento en el manejo de herramientas tecnológicas para la protección de la información y uso de plataformas virtuales (nube etc).	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Tabla No. 15 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 8 vs causas
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

- i. Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11 de diciembre de 2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 133 (345) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

Criterio 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y pretende eliminar la DEBILIDAD.


Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias las cuales fueron elaborados en la vigencia 2021 y no corresponden a las fechas planificadas en el plan de mejoramiento con cierre 30 de junio de 2020

Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: evidencia capacitación en herramientas colaborativas fecha 20 de octubre de 2021 y oficio remitido a la OTI solicitud de capacitación 19 de octubre de 2021, no se tuvo en cuenta ya que la evidencia para subsanar esta fuera del cronograma establecido en el plan y la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo - OCI en la auditoria A-14.

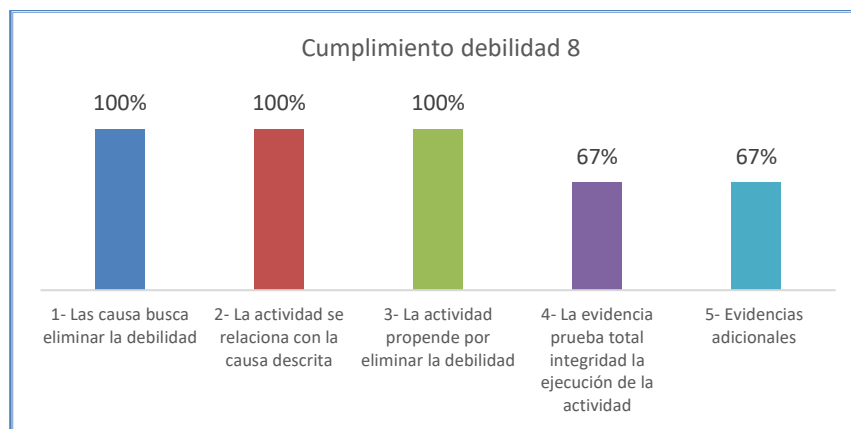
Criterio 5. No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones ya que las evidencias adjuntadas están fuera del tiempo del plan de mejoramiento

Evaluación total de los Criterios. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 55% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

Verificados y analizados los criterios de cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el instrumento (Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila), en la siguiente gráfica se evidencian el comportamiento estadístico de la efectividad de la actividad y su porcentaje de

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 27 de 30

cumplimiento derivados de esta debilidad que dan cuenta de las acciones de mejora implementadas; de acuerdo con los siguientes datos estadísticos:




Grafica No. 8 Análisis de la efectividad de criterios debilidad 8
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

Análisis: Se puede apreciar que el porcentaje de cumplimiento para el criterio uno (1), está en un porcentaje del 100% lo que implica que la definición de las causas buscan eliminar la debilidad en su totalidad; para el criterio dos (2) el 100% de las actividades están definidas pero los parámetros de cumplimiento están fuera del calendario expuesto por el plan de mejoramiento previamente establecido; que en consecuencia propende por eliminar la debilidad parcialmente de acuerdo con el criterio de cumplimiento del 100% en cuanto a la presentación de la evidencia y al no ser ejecutada en el rango de fechas establecidas no se tienen en cuenta para su validación; así mismo la verificación del análisis y revisión de las evidencias el criterio cuatro (4) dio una calificación del 67% el cual prueba que no hay integridad de la ejecución de las actividades e incluyendo las evidencias adicionales que fueron enviadas para subsanar en un plazo definido para el 20 de octubre del 2021, es de resaltar que las evidencias presentadas no tienen coherencia ni tampoco están entre los parámetros de tiempo, requeridas para la efectividad en el cierre de la debilidad.

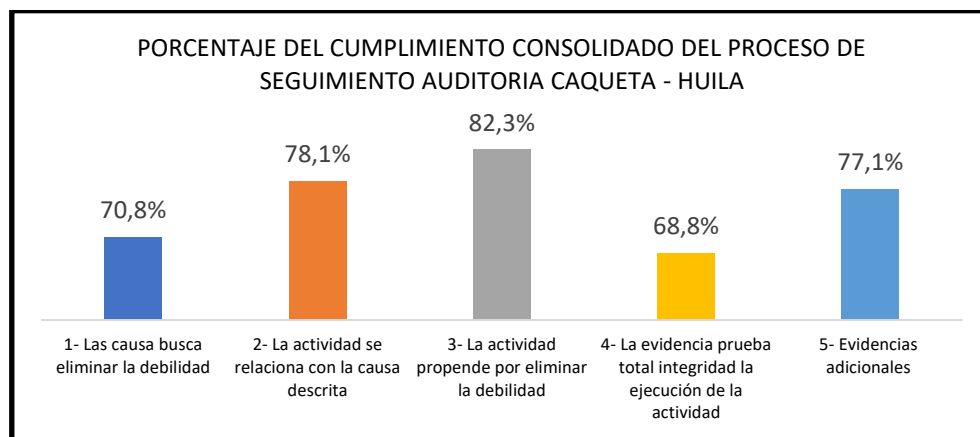
	Descripción	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
8	Total	3	3	3	2	2
	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%

Tabla No. 16 datos estadísticos consolidados análisis debilidad8
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

Verificado el avance y cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial Caquetá – Huila; el equipo auditor evidencia el porcentaje consolidado de los cinco (5) criterios de cumplimiento aplicado a los planes de

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 28 de 30

mejoramiento producto del Informe de Auditoría de Gestión realizada el 11 de diciembre de 2019, el cual se ve reflejado en la gráfica 9




Grafica 9 porcentaje cumplimiento consolidado del proceso de seguimiento
Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

Aun con los resultados obtenidos, la Oficina de Control Interno pone de manifiesto el esfuerzo desplegado por el líder y equipo de trabajo de la Dirección Territorial Caquetá Huila en lo relacionado con el establecimiento de acciones que puedan cerrar las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas durante la ejecución de las auditorías de gestión efectuadas. Es aquí donde la OCI tiene la convicción en el marco del análisis y evaluación realizada para que la DT de una reformulación aquellas actividades que no lograron superar el cierre de dichas debilidades.

i. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno reconoce el esfuerzo del líder de la Dirección Territorial en aras de solucionar o cerrar las causas que dan origen a las debilidades del Sistema de Control Interno. En este sentido se cierran dos (2) totalmente con un porcentaje del 83% y una (1) parcialmente con un porcentaje del 55% y cinco (5) con un porcentaje de 71 % que de acuerdo con el análisis y evaluación por parte del equipo auditor quedan en proceso de reformulación. Si bien se evidencia en este ejercicio el seguimiento que muchas de las causas no son bien analizadas e identificadas para que puedan posteriormente ser tratadas con actividades efectivas que puedan superar el cierre de las debilidades.

Es de resaltar que en el análisis el equipo auditor se identificó que las actividades y acciones fueron direccionadas a la Oficina de Control Interno, que no tiene competencia por ser parte de un proceso de evaluación independiente. Lo que implica que la ejecución de actividades y acciones deben estar en coordinación de la Dirección Territorial y la Oficina Asesora de

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 29 de 30

Planeación y demás procesos que pueden tener incidencia de las debilidades encontradas en el sistema de control interno de la Dirección Territorial.

Respecto a las acciones de mejora y actividades que una vez evaluadas bajo los cinco criterios las cuales generaron un estado de reformulación, se recomienda tomar acciones adicionales para dar efectivo cumplimiento a eliminar en su totalidad las causas que originaron estas debilidades con el fin de que sean subsanadas y controladas bajo mecanismos de seguimiento por parte del equipo auditor de la Oficina de Control Interno, las cuales serán objeto de verificación en próximo seguimiento.

Además de ello, se sugiere al líder de la Dirección Territorial el uso de la herramienta tecnológica dispuesta por la Oficina de Control Interno para allegar las evidencias y toda la información pertinente que demuestre la gestión realizada para superar las debilidades del Sistema de Control Interno evaluadas a través de este primer seguimiento lo cual implica la minimización de tiempos administrativos y además permite fortalecer la cultura del control y autogestión de la Dirección Territorial.

En relación con las debilidades cerradas en este informe, se recomienda que el líder de la Dirección Territorial y su equipo de trabajo continúen ejerciendo acciones de mejora continua que contribuyan en la efectividad de los controles asociados al sistema de Control Interno y así mismo, minimizar el impacto que conlleva al Direccionamiento Estratégico, gestión y materialización del riesgo asociados a la gestión de la Dirección Territorial.


APROBÓ

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina De Control Interno


ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Página 30 de 30

4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.
---	------------	--

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 1 de 8

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	05	Mes:	11	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Número de Informe	1/1
Nombre del Seguimiento	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Santander
Objetivo del Seguimiento	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Santander.
Alcance del Seguimiento	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
Normatividad	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2º literal e); el artículo 3º literal c) y el artículo 4º literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.


La Oficina de Control Interno en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento por los responsables de la Dirección Territorial Santander.

El presente informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditoras de gestión realizadas a la Dirección Territorial Santander por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

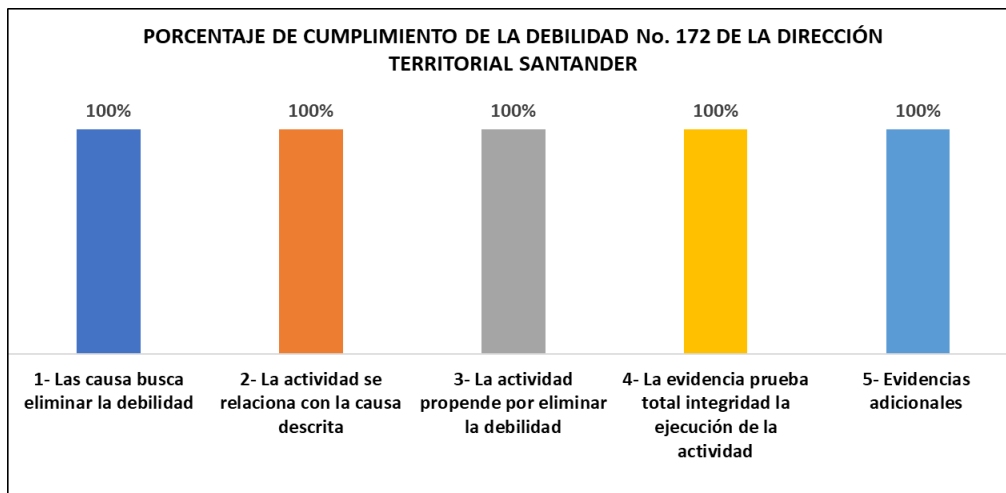
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 2 de 8

Para que el líder del proceso y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas, respecto del sistema de control interno.

El siguiente es el resultado de la evaluación de las debilidades del plan de mejoramiento de la Dirección Territorial Santander, de acuerdo con el estudio efectuado y la aplicación de la herramienta en Excel de la Oficina de Control Interno, donde se analiza cada una de las debilidades, las acciones y actividades planteadas.


En las siguientes graficas se evidencia el comportamiento estadístico del resultado del seguimiento a las ocho (8) actividades definidas por la Dirección Territorial de los tres (3) debilidades evidenciados por la Oficina de Control Interno, así:

Grafica No. 1: Debilidad No. 172 – Código 20.01



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

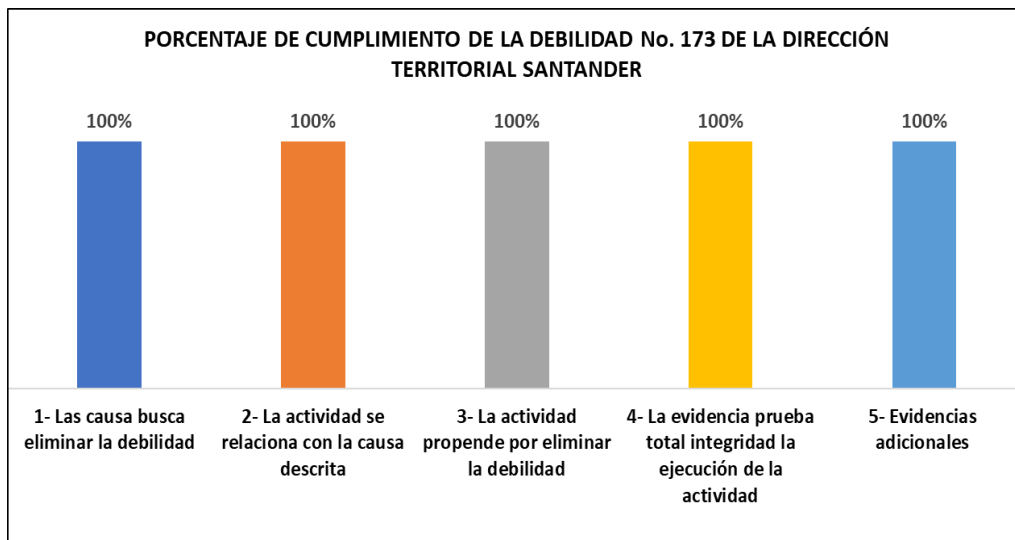
a) Debilidad No 1 (código 172): “Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Santander. Teniendo como parámetro de evaluación el que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 13 de 18 metas, lo que corresponde a un 72,22%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas: debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de seguimiento y control, deficiencias en el conocimiento en modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.3) del resultado de la auditoría

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 8


“seguimiento al plan de acción”, para la siguiente debilidad, se plantea tres (3) actividades, donde la Oficina de Control interno de acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo OCI, obtiene los siguientes resultados: Actividad No.1 *“Generar alertas al interior de los procesos, de acuerdo con el avance de las metas establecidas en el Plan de Acción”*. Se evidencia que la Dirección Territorial cumple con la cantidad de actividades programas (9 correos) mínimos a reportar entre la fecha del 01/03/2020 al 30/11/2020. Se evalúa un total de 15 soportes y en cada uno de ellos se identifican alertas con respecto al plan de acción, observaciones de la Dirección Territorial a la Oficina Asesora de Planeación sobre el cargue de los indicadores en SIGGESTION, solicitud de ajustes de la programación de indicadores, socialización avances del plan de acción de cada trimestre reportado y el diligenciamiento de matrices de los indicadores entre otros. Actividad No.2: *“Realizar seguimiento a las metas del Plan de Acción Territorial vigencia 2020, en las reuniones mensuales de comité estratégico”*. Se evidencia un total de 12 soportes de 10 programados para las fechas del 01/03/2020 al 31/12/2020. Al evaluar cada uno de estos registros (actas de comités) se evidencia el seguimiento a las metas del plan acción vigencia 2020 y el avance relacionado con los indicadores. Actividad No. 3 *“Concertar con los procesos del orden nacional el ajuste de indicadores a través de actas de cambio Sisgestión en caso de que se presente la necesidad”*. Se evalúa un total de trece (13) soportes de dos (2) programados para las fechas del 01/03/2020 al 10/06/2020. Se evidencia acta de cambio No. 007 de ajustes de indicadores de los procesos de Colectiva, Nación Territorio y Retornos y Reubicaciones, alertas al incumplimiento de metas, acta de cambio No. 42 del indicador de ofertas, alertas programación del plan de acción y alerta de indicadores psicosociales entre otros.

El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos de las tres (3) actividades planteadas, evidencia que la Dirección Territorial cumple los criterios de cumplimiento con la relación a la causa, las acciones y las actividades planteada, donde cada soporte apunta a eliminar la debilidad.

Grafica No. 2: Debilidad No. 173 – Código 20.02




Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 8

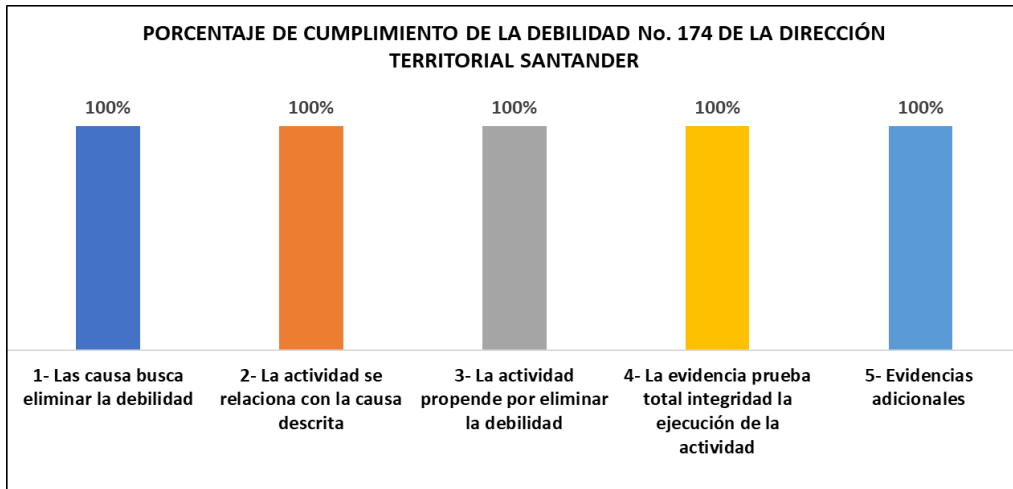
b) Debilidad No. 2 (código 173): *“Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Santander no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. El Equipo Auditor establece como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, la falta de seguimiento a la ejecución de estos y de un mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades de control y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.4) del resultado de la auditoría “seguimiento del modelo de riesgo”* Con respecto a lo descrito entre la causa, las acciones y las actividades, se evidencia que existe una relación directa con el hallazgo, razón por la cual las actividades planteadas eliminan la debilidad. Para esta debilidad se plantea dos (2) actividades y de acuerdo con la evaluación realizada a las evidencias registradas, se obtiene el siguiente análisis. Actividad No. 1. *“Realizar mesas de trabajo para continuar con el seguimiento mensual a las evidencias que soportan los controles del Mapa de Riesgos”*, Se evidencia el cumplimiento total de las actividades programas (11 actas) a reportar entre la fecha del 01/02/2020 al 30/12/2020. Al evaluar cada una de estas se identifica el seguimiento y control al mapa de riesgos de gestión y de corrupción, registro de la trazabilidad mensual de los soportes de los controles, seguimiento a la materialización de los riesgos, revisión y actualización del mapa de riesgos donde se tiene en cuenta los insumos del contexto estratégico de la DT, el mapa de riesgos vigencia anterior y las necesidades establecidas al interior de equipo, así como la participación y aportes del Director Territorial. Actividad No. 2 *“Socializar en el Comité Estratégico mensual, los avances realizados en el tema de riesgos”*. se evalúan 11 actividades programadas (actas) donde se evidencia la socialización de los avances y compromisos relacionados con el seguimiento a los riesgos de gestión y corrupción, socialización de la metodología de riesgos, Política de Riesgos y el cargue de las evidencias mensuales, socialización de la validación y aprobación de la actualización del mapa de riesgos, socialización al operador Outsourcing mediante correo del 28 de julio 2020, donde se resalta que en el mapa de riesgos continúan los riesgos de los Procesos de Indemnizaciones, Red Nacional de Información y se identifica uno nuevo del proceso de Servicio al Ciudadano.

Adicional a lo anterior y de acuerdo con la revisión realizada por el equipo auditor y para complementar el tema de riesgos en el diseño de los controles, se verifica en la página Web de la entidad la matriz de riesgos vigente y se evalúa los seis (6) criterios a tener en cuenta en el diseño de los controles requerido por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Se obtiene como resultado que la Dirección Territorial Santander tuvo en cuenta los criterios en el diseño de cada uno sus controles.

El equipo auditor al evaluar cada uno los temas específicos de las actividades planteadas de la presente debilidad, evidencia el cumplimiento total a través del análisis de las acciones presentadas del seguimiento mensual de las evidencias que soportan los controles del mapa de riesgos y la socialización de los avances realizados en los temas de riesgos; donde cada soporte apunta y elimina la debilidad.


 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 5 de 8

Grafica No. 3: Debilidad No. 174 – Código 20.03



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

- c) Debilidad No. 3 (código 174): *“Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a entrada y salida de equipos portátiles los cuales no tienen guayas de seguridad, no existen registros de entrada y salida de equipos personales y no se tiene alarmas contra incendio en las instalaciones. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.7) del resultado de la auditoría “modelo de seguridad de información”. para la siguiente debilidad, se plantea tres (3) actividades, donde la Oficina de Control interno de acuerdo con la evidencias cargadas, obtiene los siguientes resultados: Actividad No.1 “Registrar en la minuta ubicada en la Dirección Territorial, los bienes de propiedad particular, como los bienes de propiedad de la Unidad”. Se evidencia el cumplimiento total de las actividades programas (11 soportes) a reportar entre la fecha del 01/01/2020 al 30/12/2020. Al evaluar cada uno de estos, se identifica bitácoras (minutas) del registro y control de los visitantes a la sede, lista de la seguridad del retiro e ingreso de equipos y socialización del instructivo del servicio de vigilancia específicamente en temas de “Carnét Institucional, Minuta, portátil, cédula, bolsos a la salida, ingreso y egreso de equipo”, dinámica que busca claridad entre los funcionarios y contratista de las directrices de los controles a tener en cuenta en la entrada, salida de equipos portátiles y demás lineamientos del instructivo a cumplir por todo el personal. Actividad No.2 “Solicitar al Grupo de Gestión de Talento Humano área de SST, la revisión, mantenimiento y recarga de los elementos de acuerdo con su fecha de vencimiento”. Se evidencia un total de dos (2) soportes de uno (1) programado para las fechas del 01/10/2020 al 30/10/2020. Se evidencia en el acta No.1097, la actividad del 26/11/2020 referente a la capacitación relacionada con el sistema de control de incendios e inspección y recarga de extintores, inspecciones planeadas del nivel nacional y el 05/11/2020 se remitió a nivel nacional elementos vencidos referente al botiquín. Adicional a lo anterior se evidencia acta No.10, relacionada con la campaña de “orden y aseo a nivel central y territorial (mediante inspecciones) y seguimiento a la implementación de compromisos generados en el tema de orden y aseo”, se evidencia que el día 09 y*

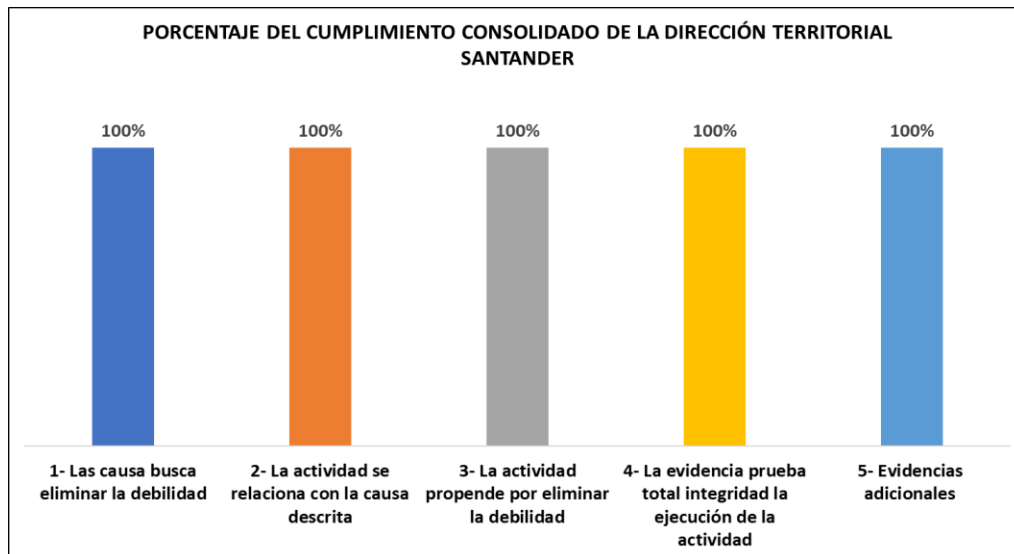
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 6 de 8

11/10/ 2019 se recargaron los extintores de la Dirección Territorial de Santander, los puntos de atención de Bucaramanga y su área metropolitana, adjuntando evidencias fotográficas y copia del mail enviado a Tatiana Cuellar del nivel nacional. Actividad No.3 “*Capacitación semestral a los colaboradores de la Dirección Territorial y el Vigilante de seguridad en el instructivo para el servicio de vigilancia*”. Se evidencia un total de siete (7) soportes de dos (2) programados para las fechas del 01/02/2020 al 01/07/2020. Se evidencia el acta No. 118 de la capacitación del instructivo de vigilancia por medio de la actividad “*juego de posibilidades*” y se adjuntan fotografías de la gestión realizada, acta No. 143 ejercicios en pro de la correcta implementación del Instructivo de Seguridad. Adicional a lo anterior se evidencia el instructivo para el servicio de vigilancia, lista de asistencia de la socialización del instructivo, fotografía del personal de vigilancia capacitado y correo del 30/07/2020 con el adjunto del instructivo para el servicio de vigilancia con el objetivo de dar cumplimiento a las actividades inmersas en el plan de mejoramiento de la auditoría de gestión realizada en la vigencia 2019.

El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos de las actividades gestionadas, evidencia que la Dirección Territorial cumple los criterios de cumplimiento de las actividades planteadas, donde cada soporte elimina la debilidad.


Consolidadas las gráficas anteriores, de acuerdo con los criterios de cumplimiento aplicado al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Santander vigencia 2019, se anexa el resultado consolidado a través de la siguiente gráfica:

Gráfica No. 4: Consolidado porcentaje de cumplimiento.



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial tienen relación directa con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza de la DT y están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 7 de 8

El 100% de las evidencias están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la Dirección Territorial Santander, se observa que el análisis de la evidencia demuestra prueba total de la ejecución de la actividad, razón por la cual las tres (3) debilidades anteriormente evaluadas se cierran de acuerdo con el criterio del equipo auditor.

Se acota que debido a dificultades presentadas en el aplicativo OCI, donde no deja evidenciar el total de los soportes registrados por la Dirección Territorial, se hizo necesario solicitar dichas evidencia a través del correo eléctrico con el fin de evaluar el nivel de cumplimiento y certeza de los soportes, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 100% del análisis de estas. Así mismo se deja constancia en la carpeta de la auditoria de la DT. Santander (SharePoint) toda la gestión de la planeación, ejecución, evidencias de los hallazgos y el informe final.

La Oficina de Control Interno destaca el esfuerzo del líder y el equipo de trabajo de la Dirección Territorial Santander en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno identificadas en la auditorias y recomienda continuar con la excelente gestión, con el fin de mantener, mejorar y fortalecer el sistema de control y evitar debilidades futuras.

B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.


La Oficina de Control Interno destaca el desempeño de los responsables de la Dirección Territorial en el cumplimiento de subsanar las causas que dieron origen a las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno y de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo auditor, se cierran las tres (3) debilidades que corresponde al 100%; donde el total de las ocho (8) actividades definidas con sus respectivos soportes, cumplen y tienen relación directa con la eliminación de la debilidad.

El equipo auditor resalta el compromiso de la Dirección Territorial en el cumplimiento del plan de mejoramiento de acuerdo con lo planificado, donde se evidencia coherencia de las actividades con respecto a la eliminación la debilidad y la contribución adicional de soportes complementarios, con el fin de fortalecer las acciones de las debilidades identificadas en la auditoria de gestión.

Se recomienda al líder de la Dirección Territorial y su equipo de trabajo continúen ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan medir la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sean fortaleza del proceso. Con esta gestión se aporta a la mejora continua de la Dirección Territorial, al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la superación de futuras debilidades del Sistema de Control Interno.

APROBÓ


CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
 Jefe Oficina De Control Interno

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Página 8 de 8

ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 1 de 8

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día: 29	Mes: 11	Año: 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

Número de Informe	1
Nombre del Seguimiento	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Central relacionadas con la auditoría de gestión realizada en la vigencia 2019.
Objetivo del Seguimiento	Verificar la efectividad de las actividades propuestas por los responsables de la Dirección Territorial Central para superar las debilidades del Sistema de Control Interno de la auditoría de gestión vigencia 2019.
Alcance del Seguimiento	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el presente informe de seguimiento.
Normatividad	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2º literal e); el artículo 3º literal c) y el artículo 4º literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.


La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento de la auditoría de gestión vigencia 2019 por los responsables de la Dirección Territorial Central, a través del cual se evalúa la efectividad del sistema de control interno.

El presente informe de seguimiento a la territorial se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizadas a la Dirección Territorial Central por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la dirección territorial para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada,

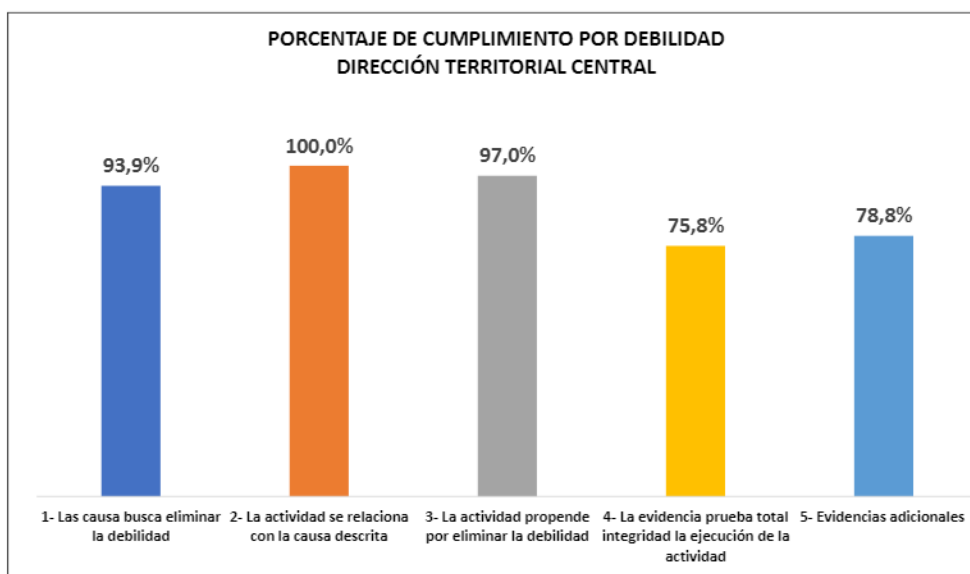
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 2 de 8

documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

Para que el director de la territorial y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad.


En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el director territorial y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas.

La siguiente gráfica es el resultado generado después del estudio efectuado por el evaluador y el criterio auditor por cada una de las actividades propuestas por la Dirección Territorial Central, a fin de superar las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en el ejercicio auditor, verificados los criterios de cumplimiento ya mencionados se evidencia el comportamiento estadístico de la gestión de la Dirección Territorial Central, así:



La Dirección Territorial establece 12 actividades con el fin de superar los 11 hallazgos evidenciados por la Oficina de Control Interno, una vez revisadas y verificadas las evidencias se determina que:


- i. Diez (10) actividades se encuentran cerradas y dos (2) se mantienen para reformulación de acuerdo con el concepto dado en el criterio del evaluador, el cual es diligenciado en la herramienta diseñada por la Oficina de Control Interno parte integrante de este informe, el mismo se anexa para conocimiento de la Dirección Territorial.

 El futuro es de todos	Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
		PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
		ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 8

ii. De seis (6) actividades que se encuentran cerradas, pertenecientes a las debilidades número 3, 4, 5, 8, 9 y 10, el criterio de cumplimiento “La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad” arroja un resultado en estado parcial, que conlleva a una zona de solidez media. Toda vez que, la evidencia remitida por el auditado no prueba total ejecución de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento, en el sentido que no se efectúa el cargue y diligenciamiento de las matrices de seguimiento diseñadas por la territorial en su totalidad; por lo que se hace necesario sugerir a la Dirección Territorial fortalecer e implementar controles y seguimientos con el propósito de lograr la efectividad en el desarrollo de las actividades que conlleve a eliminar en su totalidad las causas que originaron las debilidades, tal como se presenta a continuación:

DEBILIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO	ZONA DE SOLIDEZ	CRITERIOS DEL EVALUADOR
3	Cerrada	Medio	<p>La Dirección Territorial Central presenta para la vigencia 2020 y 2021 carpetas por cada uno de los procesos, por mes y de acuerdo al número de indicador que corresponde del plan de acción en cada uno de ellos, carpetas en las cuales indica y evidencia la territorial se carga la información pertinente de ejecución y desarrollo de cada una de las actividades. Adicionalmente, el enlace carga correo electrónico del 15 de abril y 01 de julio del 2020 en donde se solicita efectuar el diligenciamiento del formulario en FORMS del reporte del plan de acción correspondiente al primer y segundo trimestre de 2020 y el enlace de cargue de evidencias que den cuenta de lo consignado según el avance efectuado en el trimestre.</p> <p>Es importante que se continúe y se fortalezca el sistema de control inherente a la gestión de la Dirección Territorial Central, a fin de diseñar e implementar actividades que coadyuven a asegurar mecanismos y herramientas que den cuenta de su aplicación en materia de controles, toda vez que si bien se crean las carpetas no se evidencia que se efectuó un seguimiento al cargue de la documentación tal como lo indica la acción de mejora propuesta por la territorial: “Seguimiento a las bases de control de cada proceso por funcionarios delegados por cada departamento, se centralizará las bases de cada profesional en un (One Drive)”.</p>
4	Cerrada	Medio	<p>De acuerdo con la evidencia cargada por la Dirección Territorial se observan 3 bases de datos en Excel denominadas: Contratistas Cundinamarca 2021, Contratistas Tolima 2021 y Seguimiento a Contratistas Bogotá 2021, en ellas se identifica el control a los contratistas por cada uno de los municipios en los cuales pertenece la territorial, en donde se puede revisar porcentaje de avances, obligaciones, pagos, cargue de supervisión y seguridad social; información que esta vinculada a una carpeta en OneDrive para el cargue de las evidencias que den cuenta del avance y/o cumplimiento de las obligaciones. Es importante establecer un modelo y/o esquema de seguimiento con los funcionarios que permita monitorear las actividades que desempeñan todos los servidores públicos adscritos a la Dirección Territorial, el cual pueda ser utilizado como fuente de información para corregir, prevenir y mejorar en la gestión de la territorial.</p>
5	Cerrada	Medio	<p>La Dirección Territorial Central presenta para la vigencia 2020 y 2021 carpetas por cada uno de los procesos, por mes y de acuerdo al número de indicador que corresponde del plan de acción en cada uno de ellos, carpetas en las cuales indica y evidencia la territorial se carga la información pertinente de ejecución y desarrollo de cada una de las actividades. Adicionalmente, el enlace carga correo electrónico del 15 de abril y 01 de julio del 2020 en donde se solicita efectuar el diligenciamiento del formulario en FORMS del reporte del plan de acción correspondiente al primer y segundo trimestre de 2020 y el enlace de cargue de evidencias que den cuenta de lo consignado según el avance efectuado en el trimestre.</p> <p>Si bien es cierto que se evidencia la realización de formularios en FORMS y el reporte del mismo, no se evidencia el seguimiento periódico que se cita en la actividad, en cuanto a generar los reportes a los servidores de la territorial para informar sobre el cumplimiento de las metas de los indicadores.</p> <p>Por lo cual, se recomienda que las actividades sean formuladas de acuerdo a lo que se realiza al interior de la territorial para que la evidencia de cuenta de la realización y aplicación de esas actividades, controles y seguimientos.</p>
8	Cerrada	Medio	<p>A partir de la evidencia suministrada por la Dirección Territorial se observan ocho (8) correos electrónicos por medio del cual quedan consignados los incidentes y requerimientos escalados a la Oficina de Tecnologías de la Información de la entidad con el fin de solucionar temas de: herramienta SGV (02/10/2021), configuración de contraseña de su usuario de cuenta local (14/10/2021), configuración de IP fija (14/10/2021) e instalación de la impresora HP Laser jet PRO M404-M405 (15/10/2021).</p> <p>Es importante mencionar que, si bien se observa por parte del auditor la documentación de los casos, gestión y toma de acciones para obtener solución a los casos o fallas presentadas, la actividad formulada por la territorial es: “Realizar capacitación a los funcionarios por parte de la OTI sobre el manejo de herramientas informáticas y envío de solicitudes vía correo electrónico.”, es importante mencionar que no se evidencia la realización de la capacitación.</p>
9	Cerrada	Medio	<p>De acuerdo con la actividad planteada por la Dirección Territorial “Realizar capacitación a los Funcionarios por parte de la OTI de la Dt. en herramientas ofimáticas y manejo de One Drive, cargue automático de documentos.”, y de acuerdo a la evidencia remitida se evidencian actas de entrega de equipos de computo del 04 de mayo, 23 de agosto y 12 de octubre del 2021 con sus respectivas guayas de seguridad, tal como se enuncia en el documento firmado por el funcionario y/o contratista que recibe el mismo.</p> <p>Sumado a lo anterior, en cuanto a los back up de los equipos de computo la OTI informa mediante correo electrónico del 19 de diciembre del 2019 lo siguiente: “...la OTI no hace bk de ningún equipo. Por favor que los contratistas suban la información al one drive el cual tiene el respaldo suficiente en servidores en la nube (Internet).”</p> <p>Adicionalmente la Dirección Territorial comparte los formularios generados en FORMS de los seguimientos al plan de acción por medio del cual los servidores públicos indican el avance respecto a los indicadores que tienen a su cargo, la evidencia y la descripción de las actividades realizadas.</p> <p>Es importante mencionar que en cuanto a la actividad formulada por el auditado no se evidencia capacitación por parte de la OTI, pero se evidencian otras actividades que van encaminadas a la eliminación de la debilidad.</p>
10	Cerrada	Medio	<p>La Dirección Territorial Central presenta en la debilidad 10 carpeta por cada uno de los departamentos que tiene la territorial, adicionalmente en cada una de ellas se observa la relación de los contratistas y su respectiva carpeta para el cargue del informe de supervisión y de seguridad social por cada uno de los meses. Al momento de realizar la verificación se observan carpetas vacías, es decir, que no se efectúa el cargue oportuno de las mismas, lo cual permite evidenciar que, si bien la territorial establece matriz, herramientas y demás instrumentos los servidores adscritos no hacen el cargue de la información de acuerdo con lo solicitado. Por lo cual se recomienda establecer controles y realizar verificaciones y seguimientos para corroborar que lo solicitado efectivamente sea cargado y este coincida con lo diligenciado.</p>

Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 8


- iii. Las debilidades seis (6), siete (7) y once (11) presentan estado de cumplimiento Cerrada y zona de solidez Alto, por lo cual se recomienda a la Dirección Territorial continuar con las actividades propuestas en miras de que no se presenten nuevamente los hallazgos descritos por el equipo auditor.
- iv. Es importante precisar, en cuanto a la debilidad número siete (7) el auditor efectúa análisis a los controles definidos en la matriz de riesgos de la vigencia 2021 de la territorial, evaluando y verificando las variables para el adecuado diseño de controles definidos en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital - Versión 4 - Octubre de 2018", de acuerdo a la gráfica siguiente se evidencia que la Dirección Territorial no incluye el total de las variables en cada uno de todos los controles definidos por ellos, así:

Controles	Responsable	Periodicidad	Propósito	Como se realiza	Observaciones o desviaciones	Evidencia
1	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	X	Falta incluir
4	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X
6	X	X	X	X	X	X
7	X	X	X	X	Falta incluir	X
8	X	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	Falta incluir	X
10	X	X	X	X	X	X
11	X	X	X	X	Falta incluir	X
12	X	X	X	X	Falta incluir	Falta incluir
13	X	X	X	X	X	X
14	X	X	X	X	X	X
15	X	X	X	X	X	X
16	X	Falta incluir	X	X	Falta incluir	X
17	X	X	X	X	X	X
18	X	X	X	X	Falta incluir	X
19	X	X	X	X	X	X
20	X	X	X	X	X	X
21	X	X	Falta incluir	X	X	X
22	X	X	X	X	X	X
23	X	X	X	X	X	Falta incluir
24	X	X	X	X	X	X

Fuente propia

No obstante, es importante mencionar que en diciembre del 2020 se actualiza la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - Diciembre de 2020", la cual contempla que para el diseño de controles, los parámetros señalados en la versión 4, continúan vigentes y se incorporan otros lineamientos a seguir. Por lo cual, se recomienda tenerlos en cuenta para el mapa de riesgos de la vigencia 2022.

- v. A fin de superar las debilidades del Sistema de Control Interno comunicada en el ejercicio auditor, en cuanto a las dos (2) actividades que se mantienen abiertas y que son objeto de reformulación por parte de la Dirección Territorial Central, se debe tener en cuenta lo siguiente:
- ✓ *Debilidad número 1:* "Existe debilidad en la implementación de mecanismos y metodologías de medición a través de indicadores de gestión distintos a los formulados en el plan de acción, que permitan generar valor agregado a los objetivos trazados en la Dirección Territorial. Lo anterior no está conforme con la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales b) y g) y artículo 4 literal a) y Decreto 1499 de 2017 dimensión 2ª Direccionamiento

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 5 de 8

Estratégico y Planeación numeral 2.2.1 “Formular los indicadores”, lo que aumenta el riesgo en la oportunidad de toma de decisiones gerenciales, incumplimiento de metas y efectos no deseados, siendo las potenciales causas el desconocimiento de las baterías de medición como herramienta de gerencia en la construcción de indicadores y falta de capacitación en temas gerenciales. Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr las metas y objetivos propuestos para la Dirección Territorial.”

Actividad: Creación de indicadores estratégicos por cada departamento asignado a la DT.


Criterios del Evaluador: La Oficina de Control Interno observa que para la debilidad numero 1 la dirección territorial remite actas de reunión de equipo de seguimiento de los distintos meses de la vigencia 2021, así mismo archivo en Excel denominado “Matriz de Temas Estratégicos”, la cual se encuentra diligenciada únicamente en el tema de la Subdirección de atención y prevención a emergencias. Por lo cual, en esta actividad no se puede evidenciar el producto establecido en el plan de mejoramiento de la territorial la cual definía lo siguiente: “Creación de indicadores estratégicos por cada departamento asignado a la DT”. Sumado a lo anterior, el enlace informa que se cuenta con el Plan Operativo solicitado por la Dirección General, pero no es cargada la evidencia que permite verificar los indicadores por cada uno de los procesos y el respectivo control, únicamente se carga el seguimiento que mensualmente le efectúan a los mismo al interior de la territorial.

Adicionalmente, en cuanto al evaluar el criterio: “La causa busca eliminar la debilidad”, se observa que la territorial establece como causa: “No se contaba con la previa indicación por parte de nivel nacional sobre la creación de indicadores propios de cada Dirección territorial diferentes a los que se encuentran en le plan de acción.” Aquí es importante mencionar que si desde el nivel nacional no definen la creación de indicadores como buena práctica la territorial puede establecer metodologías o herramientas que permitan controlar, verificar y medir su avance frente a las metas u objetivos internos que den cuenta de la gestión, operación y demás actividades que en ella se efectúan.

- ✓ Debilidad número 2: “Hay debilidad del Sistema de Control Interno en la identificación, administración y tratamiento de los riesgos gerenciales, disímiles a los identificados en el mapa de riesgos de corrupción y gestión institucional. Lo anterior, genera incumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículo 2° literales a) y f), lo que aumenta el riesgo en la aplicación de buenas prácticas gerenciales, toma de decisiones y oportunidades de cómo evitar o mitigar fallas en la gestión. Siendo las potenciales causas el desconocimiento de metodologías y herramientas que contribuyan a la eficacia y eficiencia del control del riesgo de la gestión que ejecuta la Dirección Territorial.”

Actividad: Revisar los riesgos que se encuentran actualmente en el mapa de Riesgos, generado las correcciones pertinentes si se identifican riesgos gerenciales incluirlos, solicitar a la OAP la actualización y publicación del Mapa de Riesgos.

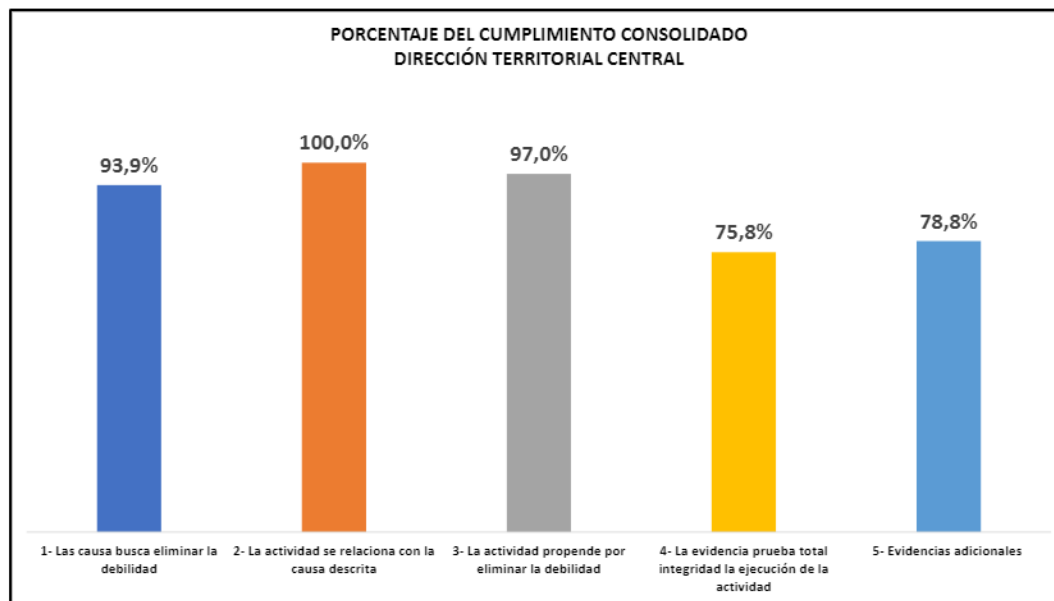
Criterios del Evaluador: Teniendo en cuenta la evidencia presentada por la Dirección Territorial, se observa contexto estratégico de las vigencias 2020 y 2021 aprobados el 04 de diciembre del 2020 y 06 de septiembre del 2021 respectivamente, documentación que se presenta a través de correos electrónicos. Así mismo, se observan las actas de aprobación de las mismas vigencias firmadas por el enlace y la Directora Territorial.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 6 de 8

Ahora bien, es importante mencionar que teniendo en cuenta el hallazgo evidenciado en la auditoría de gestión realizada se indica: "2. Hay debilidad del Sistema de Control Interno en la identificación, administración y tratamiento de los riesgos gerenciales, disímiles a los identificados en el mapa de riesgos de corrupción y gestión institucional...", y al verificar y constatar con el enlace se evidencia que no se identificaron, administraron y trataron riesgos gerenciales, distintos a los que se controlan a través del mapa de riesgos. Es importante que al interior de la territorial se evalúe con todo el equipo tanto administrativo como operativo y se verifique e incluyan riesgos gerenciales que en el día a día impactan y afectan la gestión de la territorial.

Por lo anteriormente descrito, las actividades mencionadas presentan debilidades en los criterios evaluados situación que no permite demostrar y evidenciar que las acciones y actividades subsanan, corrijan y superan las debilidades identificadas por la Oficina, por lo cual la Dirección Territorial debe reformular las debilidades mencionadas estableciendo acciones y actividades enfocadas a superar los mismos.


En cuanto a los criterios de cumplimiento aplicados al plan de mejoramiento del informe de auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Central, se anexan los resultados consolidados a través de la siguiente gráfica:



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial Central presentan 93,9% en busca de eliminar la debilidad. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza del proceso y tiene un espacio de mejoramiento. El 97% de las actividades están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

El 75,8% de las evidencias por sí mismas están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la territorial, sin embargo, en el momento de registrarlo en el aplicativo de la OCI se observa que el

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 7 de 8

análisis de la evidencia no demostró prueba total de la ejecución de la actividad, razón por la cual las dos (2) debilidades anteriormente mencionadas en el acápite anterior se mantienen abiertas de acuerdo con el criterio auditor.

Con lo anterior se hizo necesario solicitar evidencia adicional para determinar el nivel de certeza del evaluador, el cual arroja porcentaje de cumplimiento del 78,8%, en este punto hay oportunidad de mejora para así reorientar los recursos definidos de la Dirección Territorial para optimizarlos en el escenario de la maximización de ellos y sus impactos en las debilidades comunicadas, lo que se pretende es que la Oficina de Control Interno no requiera utilizar esta alternativa para establecer el nivel de efectividad logrado.

Aun con los resultados obtenidos, la Oficina de Control Interno pone de manifiesto el esfuerzo desplegado por la Directora Territorial y el equipo de trabajo en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en las auditorías de gestión efectuadas. Es aquí donde la OCI tiene la convicción que si la directora y su equipo de trabajo reorientan las actividades lograrán superar las causas generadoras de las debilidades.

Es importante mencionar que debido a dificultades presentadas en el aplicativo OCI, las evidencias son remitidas por el enlace SIG de la territorial a través de un OneDrive con el fin de evaluar el nivel de cumplimiento y certeza en el desarrollo y cumplimiento de las actividades.


B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno reconoce el esfuerzo del líder de la territorial en aras de superar o remover las causas que dan origen a las debilidades del Sistema de Control Interno. En este sentido se cierran 10 actividades de las 12 debilidades que corresponde a un avance del 83,3%, se evidencia un primer ejercicio de identificación de causas y la realización de las actividades que permitan la mejora y una inversión adecuada de recursos a fin de superar esas debilidades.

De las once (11) debilidades suscritas en el plan de mejoramiento y de las 12 actividades propuestas se concluye que dos (2) arrojan estado de reformuladas que corresponden al 16,7%, y diez (10) actividades cerradas lo que equivale al 83,3%.

Respecto de las actividades que se encuentran en estado reformuladas, se recomienda tomar acciones adicionales para dar efectivo cumplimiento a eliminar en su totalidad las causas que originaron estas debilidades, con el fin de que sean subsanadas y controladas, las cuales serán objeto de verificación en próximo seguimiento. Además de ello, se sugiere al líder de la territorial el uso de la herramienta tecnológica dispuesta por la Oficina de Control Interno para allegar las evidencias y toda la información pertinente que demuestre la gestión realizada para superar las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en el proceso auditor, ello no solo minimiza tiempos administrativos, sino que permite incursionar en una cultura del control por vía de herramientas tecnológicas.

Se destaca la creación de la herramienta de seguimiento a los contratistas y la implementación de formularios en *Forms* para efectuar el reporte del Plan de Acción, lo cual permite llevar la información en línea para la toma de decisiones al interior de la dirección territorial, resaltando la importancia de promover el uso correcto de las mismas en cuanto al cargue oportuno de la documentación que den cuenta de la efectividad y aplicabilidad de las mismas para que éstas cumplan su objetivo y utilidad de creación. Sin embargo, se hace necesario recomendar a los servidores adscritos a la dirección territorial el cargue en las

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 8 de 8

carpetas asignadas los informes de supervisión, reportes de seguridad social, documentos que soportan el seguimiento del plan de acción y demás información requerida por los líderes de la territorial, para que así las herramientas de control y seguimiento sean efectivas y de apoyo para contribuir al esfuerzo que hacen los líderes en la implementación y creación de estas herramientas.

Por otra parte, se recomienda fortalecer la gestión en lo concerniente a la realización constante de seguimiento y control de las actividades formuladas tanto en el plan de mejoramiento, así como en la gestión propia de la territorial, con el fin de evitar que se vuelvan a presentar las causas que generaron las debilidades y así lograr los objetivos y metas institucionales.

En relación con las debilidades cerradas en este informe, se recomienda que la Dirección Territorial continúe ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan seguir midiendo la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sean fortaleza de la territorial, con esto aportar a la mejora continua y en el cumplimiento de los objetivos institucionales, que propenda por superar las debilidades asociadas a los riesgos y controles propios del proceso.

Cabe resaltar la disposición de la Directora Territorial y sus colaboradores en la ejecución de las acciones para subsanar los hallazgos encontrados en la auditoría de gestión realizada en el año 2019 y las evidencias allegadas dentro de los términos solicitados.




APROBÓ

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina De Control Interno

ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 1 de 9

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME		Día:	29	Mes:	12	Año:	2021
Número de Informe	1/1						
Nombre del Seguimiento	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Cesar-Guajira.						
Objetivo del Seguimiento	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Cesar-Guajira.						
Alcance del Seguimiento	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el presente informe de seguimiento.						
Normatividad	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2° literal e); el artículo 3° literal c) y el artículo 4° literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.						

A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.


La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas por los responsables de la Dirección Territorial Cesar-Guajira.

El presente informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizadas a la Dirección Territorial Cesar-Guajira. por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que, si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 2 de 9

Para que el líder del proceso y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas, respecto del sistema de control interno.

El siguiente es el resultado de la evaluación de las debilidades del plan de mejoramiento de la Dirección Territorial Cesar-Guajira, de acuerdo con el estudio efectuado y la aplicación de la herramienta en Excel de la Oficina de Control Interno, donde se analiza cada una de las debilidades, las acciones y actividades planteadas.


La siguiente es la lista de debilidades que después del análisis y evaluación realizado por el auditor dando como resultado el cierre o en reformulación las cuales deben ser objeto de nueva formulación de las actividades para que la Dirección Territorial Cesar-guajira supere la debilidad del Sistema de Control Interno comunicada en el ejercicio auditor, de acuerdo con los siguientes resultados:

1. “La ausencia de evidencias que demuestren el uso de la herramienta gerencial indicadores de gestión genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoria generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 190 de 1995 y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales b), e) y g); artículo 3° literales a) y d); artículo 4° literales c) y e) y el artículo 6° de la Ley 87 de 1993. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación en temas organizacionales y gerenciales en la DT, en la elaboración de un modelo de medición robusto que recoja todas las actuaciones que se desarrollan en la jurisdicción de la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de la toma de decisiones sin el uso del sistema de medición correspondiente, adecuado y pertinente que en ultimas redundan en el logro de los objetivos de la Dirección Territorial.”

Frente a este hallazgo se puede evidenciar que el ejercicio tal como quedo planteada en el plan de mejoramiento se realizó ya que al hacer la revisión de las evidencias se pudo corroborar que se llevaron a cabo no obstante no fueron cargadas en el aplicativo en la temporalidad establecida.

De otra parte, se pudo evidenciar que frente a este hallazgo elaboraron un modelo de formato llamado PISCET (Plan integral de seguimiento y control de la Entidad Territorial) donde se está haciendo el seguimiento y verificación de las actividades gerenciales las cuales también fueron llevadas en el plan de acción.

2. “La ausencia de evidencias que demuestren que la herramienta gerencial de riesgos es conocido y aplicado en el proceso por todos los servidores que participan en la gestión, genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoria generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en la Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del riesgo en la entidad y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales a), c) y f); artículo 3° literal e); artículo 4° literales a), b), c), y k) y el artículo

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 9

6° de la Ley 87 de 1993.


- a) con respecto a lo descrito entre la causa, las acciones y las actividades, se evidencia que existe una relación directa con el hallazgo, razón por la cual las actividades planteadas eliminan la debilidad. Para esta debilidad se plantea una (1) actividad y de acuerdo con la evaluación realizada a las evidencias registradas, se obtiene el siguiente análisis. Actividad No. 1. “Realizar Capacitaciones”, Se evidencia el cumplimiento total de la actividad programada, no obstante, se deja la observación que las evidencias no fueron cargadas en la temporalidad establecida.

Adicional a lo anterior y de acuerdo con la revisión realizada por el equipo auditor y para complementar el tema de riesgos en el diseño de los controles, se verifica en la página Web de la entidad la matriz de riesgos vigente y se evalúa los seis (6) criterios a tener en cuenta en el diseño de los controles requerido por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Se obtiene como resultado que la Dirección Territorial Cesar-Guajira tuvo en cuenta los criterios en el diseño de cada uno sus controles.

3. “La ausencia de evidencias que demuestren el uso de un sistema de control relevante, que proporcione información confiable que permita evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a fin de aplicar las medidas correctivas en los procesos de la Dirección Territorial como una herramienta gerencial para la toma de decisiones a partir de los resultados, genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoría generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en la Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales c), d) y g); artículo 3° literales b) y d); artículo 4° literales b), c), g) y i) y el artículo 6° de la Ley 87 de 1993. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de identificación clara de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación que permita obtener una herramienta sólida en el análisis de los resultados para el cumplimiento de la misión institucional, así como el desconocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de control, en modelos de control gerencial para la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo que se puede presentar con esta situación en la toma de decisiones sin la información suficiente, íntegra y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales a falta de mecanismos confiables de verificación y evaluación en los procesos de la Dirección Territorial”.

Frente a esta debilidad se evidencia que se llevaron a cabo 2 actividades tales como capacitaciones en los temas relacionados y reuniones con el fin de socializar y fortalecer todos los temas de supervisión y monitoreo en la territorial, sus evidencias fueron los listados de asistencia y sus respectivas actas de reunión, no obstante, se deja la observación que no se cargó en la herramienta de acuerdo a la temporalidad respectiva.

4. “ La ausencia de evidencias que demuestren el uso de herramientas gerenciales de mejora o valor agregado, situación que repercute en el uso de buenas prácticas que puedan contribuir a un mejor desempeño institucional a nivel de la Dirección Territorial y para que ello proporcione información confiable que permita evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a fin de aplicar las medidas correctivas en los procesos de la Dirección Territorial como una herramienta gerencial para la toma de decisiones a partir de los resultados, genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoría generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en la Dimensión 7 del


 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 9

MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales c), d) y g); artículo 3° literales b) y d); artículo 4° literales b), c), g) y i) y el artículo 6° de la Ley 87 de 1993. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación en temas organizacionales y gerenciales en la Dirección Territorial y en la elaboración de un modelo de mejora y valor agregado que recoja todas las actuaciones que se desarrollan en la jurisdicción de la Dirección Territorial. Los potenciales riesgos que se pueden presentar con esta situación son la imposibilidad de una eficiente evaluación ordenada de las actividades, interrelacionadas en la Dirección Territorial orientadas a crear valor y desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación de los procesos para la toma de decisiones y la mejora continua”.

En esta actividad se pudo evidenciar que, en la Territorial, aunque no se haya cumplido con la temporalidad en el cargue de las evidencias al aplicativo de la OCI, tres (3) funcionarios realizaron el diplomado en Herramientas gerenciales de lo cual se pudo evidenciar los tres documentos cargados en la plataforma, se puede detraer el compromiso para que en adelante no se pueda encontrar estas debilidades.

5. “La ausencia de evidencias que demuestren el uso del sistema de control interno en la variable seguimiento, la cual proporcione información confiable que permita evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a fin de aplicar las medidas correctivas en los procesos de la Dirección Territorial, como una herramienta gerencial para la toma de decisiones a partir de los resultados, genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoria generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en la Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales c), d) y g); artículo 3° literales b) y d); artículo 4° literales b), c), g) y i) y el artículo 6° de la Ley 87 de 1993. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación y entrenamiento en metodologías de seguimiento y en el uso de tecnologías de apoyo para realizar el seguimiento a las actividades de la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo que se puede presentar con esta situación en la toma de decisiones sin la información suficiente, integra y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales a falta de mecanismos confiables de verificación y evaluación en los procesos de la Dirección Territorial”.

Frente a este hallazgo se puede establecer que los funcionarios realizaron el diplomado Excel avanzado que permite una mejora continua en cuanto a herramientas tecnológicas que lo que hacen es permitir un mejor seguimiento a las actividades de la Territorial en la toma de decisiones disminuyendo los riesgos en la información que se suministra.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 5 de 9

6. “Se evidencia debilidad en el sistema de control interno del procedimiento de evaluación del desempeño. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 909 de 2004, artículo 25, la Ley 443 de 1998, artículo 1 y la Ley 87 de 1993 artículos 2º, literales b), c), d), e) y g); 3º, literal b) y 4º, literales a), f) y j) Este aspecto aumenta el riesgo en el manejo inadecuado de la información y en posibles actuaciones de tipo disciplinario tanto para el evaluador como para el evaluado. (5.2.3)”.


Frente a este numeral nuevamente se deja la observación en el cargue oportuno de los correctivos aplicados se pudo establecer que se realizaron reuniones con los funcionarios y contratistas de lo cual se pueden evidenciar listados de asistencia y actas de reunión.

7. “Debilidad del sistema de control interno en relación con la ejecución y control del mapa de riesgos. Lo anterior no está conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública, lo que se constituye en una debilidad del sistema de control interno por no cumplir cabalmente lo dispuesto en ella. artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. Lo anterior tiene como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Ello incrementa el riesgo institucional de la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales”.

Frente a esta debilidad se solicitó a la Oficina asesora de planeación la capacitación en los temas relacionados con una metodología en la elaboración de controles a los riesgos identificado de lo cual se puede evidenciar listado de asistencia y acta de reunión junto con un video, no obstante, no se cumplió en la temporalidad para el cargue en la herramienta de la OCI.

8. “De lo anterior el Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y parágrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación. Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de capacitación en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada respecto de la absoluta claridad de cuál es el informe que realmente recoge la gestión contractual”.

Se puede evidenciar en este numeral que 3 funcionarios de la territorial recibieron capacitación en temas relacionados en materia de supervisión contractual en su componente administrativo sin embargo queda la debilidad por el no cargue de las evidencias en el aplicativo OCI.


 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 6 de 9

9. Debilidad del sistema de control interno relacionado con aspectos administrativos. El Equipo Auditor evalúa el sistema de control interno implementado en la Dirección Territorial Cesar - Guajira y evidencia que en lo relacionado con el equipamiento e infraestructura hay fallas en el funcionamiento de los servicios de mantenimiento del equipamiento e infraestructura de la Dirección Territorial. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b), c) y e), 4º literal e) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1, gestionar recursos físicos y servicios internos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de seguimiento para la solución definitiva de la necesidad y respuesta oportuna y efectiva de la OTI. Lo anterior dificulta la comunicación oportuna del Director Territorial con las partes interesadas.

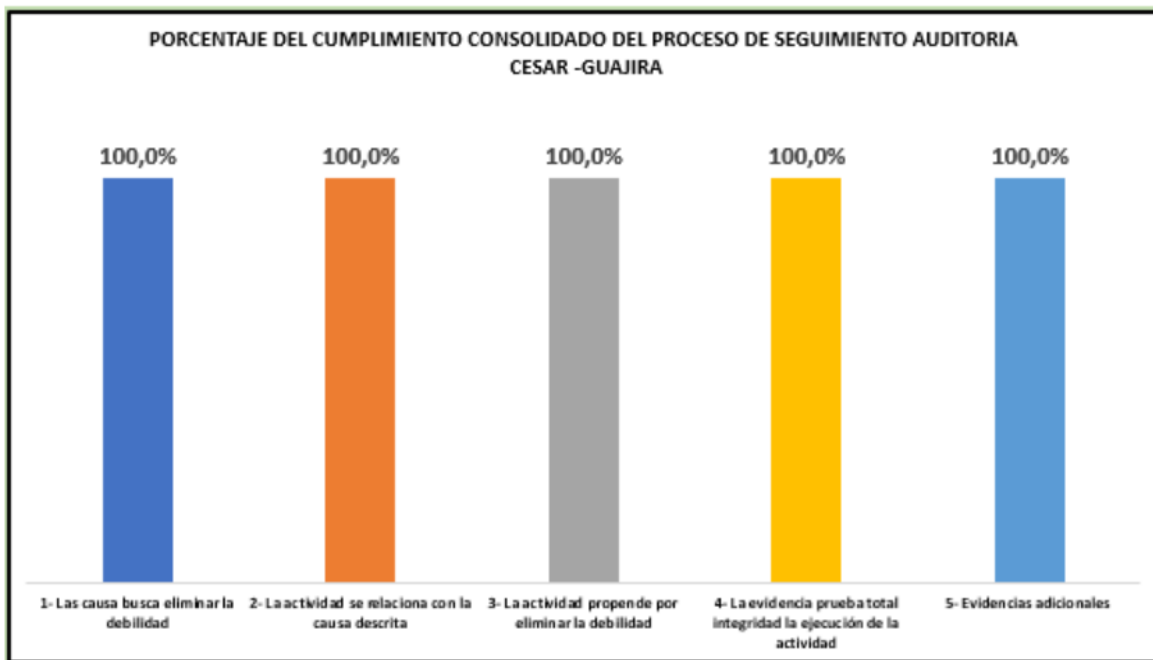
Frente a esta debilidad la Territorial procedió hacer la respectiva solicitud a Gestión administrativa enviando correo donde se requiere el mantenimiento de los equipos el cual fue subsanado y se lleva su control de estos mantenimientos, respecto de la infraestructura se evidencia el cambio de sede la cual cumple con todas las especificaciones, se presentan las evidencias no obstante se deja por parte del auditor la temporalidad en el cargue de los respectivos soportes.

El equipo al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos de las actividades gestionadas, evidencia que la Dirección Territorial cumple los criterios de cumplimiento de las actividades planteadas, donde cada soporte elimina la debilidad.

Consolidadas las gráficas anteriores, de acuerdo con los criterios de cumplimiento aplicado al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Santander vigencia 2019, se anexa el resultado consolidado a través de la siguiente gráfica:

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 7 de 9

Gráfica No. 1: Consolidado porcentaje de cumplimiento.




Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial tienen relación directa con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza de la DT y están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

El 100% de las evidencias están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la Dirección Territorial Cesar-Guajira, se observa que el análisis de la evidencia demuestra prueba total de la ejecución de la actividad, razón por la cual las nueve (9) debilidades anteriormente evaluadas se cierran de acuerdo con el criterio del auditor.

La Oficina de Control Interno destaca el esfuerzo del líder y el equipo de trabajo de la Dirección Territorial Cesar-Guajira en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno identificadas en la auditorías y recomienda continuar con la excelente gestión, con el fin de mantener, mejorar y fortalecer el sistema de control y evitar debilidades futuras.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 8 de 9

B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno destaca el desempeño de los responsables de la Dirección Territorial en el cumplimiento de subsanar las causas que dieron origen a las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno y de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo auditor, se cierran las nueve (9) debilidades que corresponde al 100%; donde el total de las actividades definidas con sus respectivos soportes, cumplen y tienen relación directa con la eliminación de la debilidad.

El equipo auditor resalta el compromiso de la Dirección Territorial en el cumplimiento del plan de mejoramiento de acuerdo con lo planificado, donde se evidencia coherencia de las actividades con respecto a la eliminación la debilidad y la contribución adicional de soportes complementarios, con el fin de fortalecer las acciones de las debilidades identificadas en la auditoría de gestión.

Se recomienda al líder de la Dirección Territorial y su equipo de trabajo continúen ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan medir la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sean fortaleza del proceso. Con esta gestión se aporta a la mejora continua de la Dirección Territorial, al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la superación de futuras debilidades del Sistema de Control Interno.

APROBÓ




CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina De Control Interno


ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del jefe Oficina de Control Interno.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO		Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES		Fecha: 30/04/2020
			Página 9 de 9

4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.
---	------------	--

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 1 de 7

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día: 23	Mes: 11	Año: 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

Número de Informe	1
Nombre del Seguimiento	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Putumayo relacionada con la auditoría de gestión realizada en la vigencia 2019.
Objetivo del Seguimiento	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables, para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Putumayo.
Alcance del Seguimiento	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el presente informe de seguimiento.
Normatividad	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2° literal e); el artículo 3° literal c) y el artículo 4° literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.


La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, evalúa el avance y cumplimiento a las acciones establecidas por los responsables de la Dirección Territorial de Putumayo producto del informe final de auditoría vigencia 2019 a través del cual se verifica la efectividad del sistema de control interno.

El presente informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizada a la Dirección Territorial por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*


Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la DT Putumayo supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección Territorial para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO		Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES		Fecha: 30/04/2020 Página 2 de 7

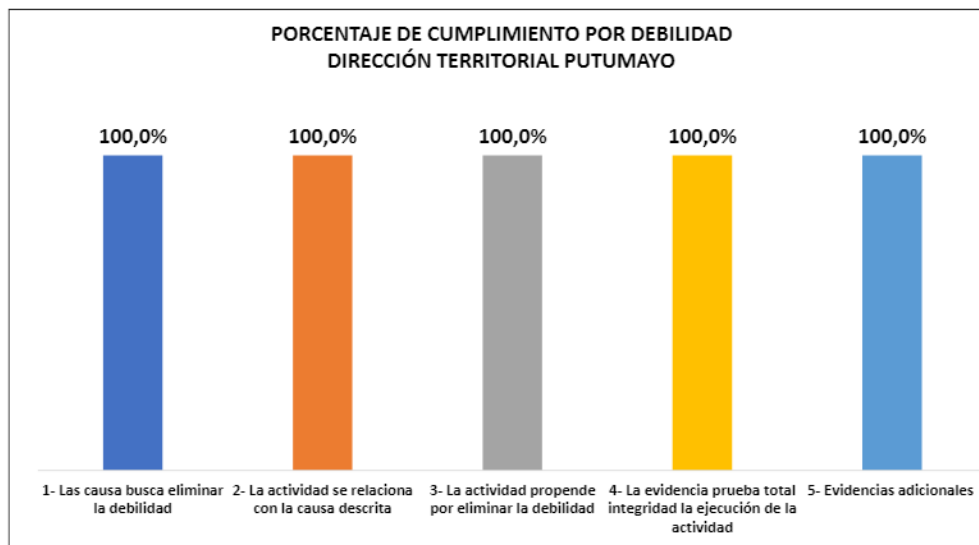
Para que el Director Territorial y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad o hallazgos. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder territorial y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas.

La siguiente es la lista de debilidades generadas en ejercicio de la auditoría, las causas y actividades propuestas por el auditado a fin de eliminarlas, presentadas a continuación;

DEBILIDAD	CAUSA	ACTIVIDAD
1. Debilidad del sistema de control interno por ausencia de indicadores gerenciales. No se evidencian uso de indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial Putumayo, diferentes a los establecidos en el plan de acción y acuerdos de gestión, aunque se desplieguen actividades gerenciales que serán objeto de análisis en el ítem 7 de esta comunicación.	No se contó ni con exigencia ni con metodología por parte del nivel nacional para formular un plan gerencial.	Elaborar un Plan Gerencial que recoja aspectos administrativos y operativos. Solicitar la inclusión en el plan de capacitación anual curso o diplomado en diseño y seguimiento de tableros de control
2. Debilidad del sistema de control por incumplimiento de lo planeado contra lo ejecutado, evaluación plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Putumayo. Teniendo como parámetro de evaluación que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 11 de 24 metas; lo que corresponde a un 45.83%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas: debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros control, deficiencias en el conocimiento de modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales.	La fecha de inicio de algunas actividad se programaron con mucha anticipación. Para la ejecución de algunas actividades dependemos de lineamientos del nivel nacional.	Para el Plan de Acción de la vigencia 2020, se deberá definir con precisión la programación teniendo en cuenta la fecha de inicio y fecha de finalización de cada actividad.
3. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Lo anterior no está conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública, lo que se constituye en una debilidad del sistema de control interno por no cumplir cabalmente lo dispuesto en ella artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. Lo anterior tiene como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Ello incrementa el riesgo institucional de la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.	Falta de seguimiento a las evidencias reportadas. Se aclarar que la revisión que hizo la OCI se realizó sobre el mapa de riesgos anterior (Vigencia 2018), el cual no cumplía con la metodología del DAPP	Solicitar a Sirley Barbosa, capacitación en metodología de Riesgos via Videoconferencia. Recepción de evidencias de los controles realizados, identificando la coherencia de estas evidencias frente a los controles. Mapa de Riesgos 2019.
4. Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos, en cuanto a copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios, alarmas contra incendio. Se evidencia ausencia de controles referente a la seguridad (por ejemplo, guayas de seguridad) de los equipos de cómputo portátiles, copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios, alarmas contra incendio. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT con el propósito de concienciar acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, confidencialidad de la información, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.	Falta de orientación e implementación para el control de entradas y salidas de equipos de cómputo, y manejo de la información y, uso de guayas para equipos portátiles e instalación de alarmas contra incendios.	Orientar al vigilante y a todo el personal de la Dirección Territorial sobre la necesidad de ejercer el control de entradas y salidas de equipos. Implementar el uso de las guayas de seguridad de los equipos de cómputo portátiles. Continuar con la Implementación del uso de ONE DRIVE para el almacenamiento de la información https://unidadvictimas.sharepoint.com/:u:/s/DT-Putumayo/PLANDEACCINDETUTUMAYO2021/EcXoMkLz4tIJsriCz_nTI3ABSMh3tFU_mHQDUz53qMa p1Q?e=TGNKQO Solicitar al arrendatario la instalación de alarmas contra incendios.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 7

Ahora bien, luego del estudio efectuado en la herramienta diseñada por la OCI y verificados los criterios de cumplimiento mencionados anteriormente, la siguiente gráfica evidencia el comportamiento estadístico de la gestión de la Dirección territorial de Putumayo, así:




La Dirección Territorial auditada establece nueve (9) actividades, a fin de superar los cuatro (4) hallazgos evidenciados por la OCI, a criterio de los evaluadores determina qué:

La debilidad No. 1: Apunta a que el componente estratégico para la planificación y evaluación del Plan Gerencial propuesto por la Dirección Territorial nos permita evidenciar que las actividades formuladas en él coadyuvan al desarrollo y cumplimiento de metas y objetivos formulados por el líder para la eficiente gestión de la Dirección Territorial, y con ello identificar fortalezas y aspectos de mejora al interior de la DT.

Así las cosas, analizadas las evidencias se observa un nivel de cumplimiento en la formulación e implementación del Plan Gerencial evaluado y corresponde a lo formulado por el auditado. No obstante, en lo que respecta a la vigencia 2021 y con ocasión a la emergencia sanitaria se implementó el plan operativo que incluye la desagregación de las actividades formuladas en el plan de acción, con sus respectivos indicadores y metas a cumplir, el cual se presenta ante el nivel nacional con una periodicidad mensual. Por lo tanto, el equipo auditor determina el cierre de la actividad.

Verificadas las evidencias allegadas en la herramienta de la OCI y en la carpeta *one drive* compartida por el auditado, se observa que efectivamente se realizó el día 05 de febrero de 2020 solicitud de inclusión en el Plan de Capacitaciones al Grupo de Talento Humano, por lo cual, corresponde a lo formulado por el auditado y cumple con la actividad, por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad y decide cerrar la debilidad.

La debilidad No. 2: El evaluador verifica que las evidencias aportadas corresponden con lo formulado por el auditado y cumple con la actividad. Toda vez que, el plan de acción va de la mano con el plan operativo y contempla indicadores, tablero de control, gráficas de comportamiento y semáforos que permiten efectuar un seguimiento semanal, mensual y anual. Aunado a lo anterior, y conforme reunión

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 7

de seguimiento al plan de mejoramiento efectuada con el auditado el día martes nueve de noviembre del año en curso, el auditado muestra el cumplimiento a las metas establecidas en el plan de acción evaluado, indica que la tercera semana de cada mes, se verifica lo programado con lo ejecutado por la Dirección Territorial para determinar el porcentaje de cumplimiento del periodo y así mismo, saber que estrategia se sigue a fin de cumplir con lo programado. Con lo anterior, se determina el cierre de la actividad por el grupo auditor.

La debilidad No. 3: El equipo auditor verifica la actividad propuesta por la Dirección Territorial en los términos establecidos dentro del plan de mejoramiento, por lo que se evidencia que el miércoles 05 de febrero de 2020 el auditado remite a través de correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación “*SOLICITUD DE CAPACITACIÓN METODOLOGÍA DE RIESGOS*” la cual fue ejecutada en la vigencia año 2020, por la oficina de Planeación de la Unidad como se evidencia en las capturas de pantalla cargadas en el aplicativo de la OCI y para el 2021 fue realizada por la Función Pública de acuerdo a la nueva metodología del DAFP evidenciado mediante correo electrónico allegado por el auditado. Con lo anterior, se observa que la evidencia corresponde a lo formulado por el auditado y cumple con la actividad, el equipo auditor determina el cierre de la misma.


Por otra parte, el mapa de riesgos para el año 2020 y 2021 fue creado de acuerdo a la nueva metodología implementada por el Departamento de la Función Pública, para los seis riesgos que contempla la territorial del Putumayo y se realizó la verificación aleatoria del riesgo No. 2 y No. 3 con sus respectivas evidencias que se encuentran en una carpeta alojada en un repositorio de *one drive* de la Dirección Territorial, actualmente se encuentra el acta de aprobación del mapa con la nueva metodología firmada el día 11 de noviembre de la presente anualidad por parte de la Oficina Asesora de Planeación. Por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad y decide cerrar la debilidad.

La debilidad No. 4: Una vez verificadas las evidencias de cada actividad se observa el cumplimiento de las mismas en el sentido que en la actividad uno, el líder territorial mediante memorando comunica a los servidores y guardas de seguridad el deber de efectuar registro de ingreso y salida en la bitácora utilizadas por estos, para llevar el control de los equipos de cómputo (portátiles) que ingresan y salen de la sede territorial. Así las cosas, el grupo auditor da por cumplida la actividad.

Con relación a la implementación del uso de las guayas de seguridad de los equipos de cómputo portátiles, se evidencia en documento anexo memorando del director territorial mediante el cual comunica a los empleados y contratistas el uso permanente de las guayas de seguridad como medida de control y vigilancia en los equipos de cómputo (portátiles). Lo anterior es evidenciado a través de registro fotográfico aportados por el auditado, por lo que el equipo auditor determina que la evidencia aportada corresponde a lo formulado por el auditado y cumple con la actividad.

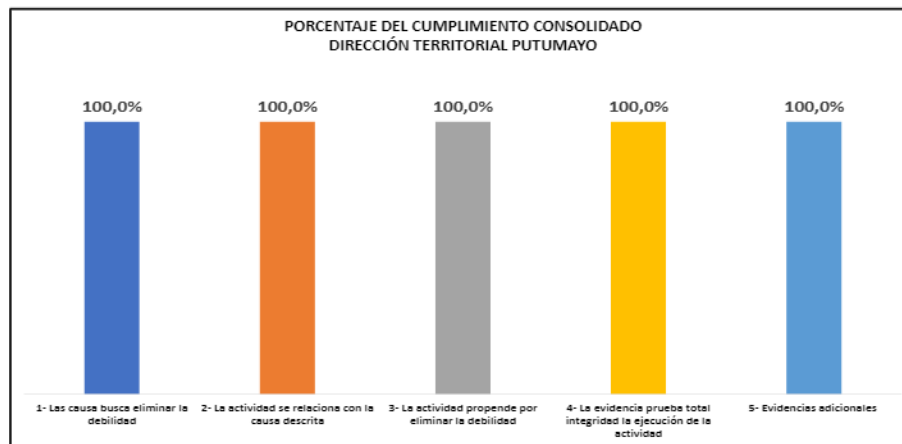
Ahora bien, por instrucción del director territorial y mediante memorando se comunica a los servidores públicos el uso y registro de la información que opera en la sede territorial, a través de *one drive*, para lo cual se le da la instrucción al ingeniero de sistemas de respaldar toda la información de acuerdo con las carpetas que maneja cada uno de los usuarios. Lo anterior se evidencia en las capturas de pantalla donde refleja la creación de las mismas. Por otro lado, se observa el seguimiento que se efectúa por parte del responsable de sistemas de la territorial mediante hoja de cálculo donde se observa el tamaño en megas utilizado por cada uno, por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad propuesta por el auditado.

Finalmente, respecto de la solicitud al arrendatario para la instalación de alarmas contra incendios, se evidencia que efectivamente se realiza el requerimiento en el tiempo propuesto por el auditado. De

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 5 de 7

suerte que la dirección territorial obtiene traslado de la sede posteriormente, en la actualidad la misma cuenta con dos clases de alarma de pánico, una fija y una móvil. Por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad y decide cerrar la debilidad en su totalidad.

En consecuencia, el porcentaje de cumplimiento consolidado de acuerdo con los criterios de cumplimiento y anexo el criterio auditor al plan de mejoramiento, se evidencia a través de la siguiente gráfica:




El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial de Putumayo tienen relación directa con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza del proceso y tiene un espacio de mejoramiento. El 100% de las actividades están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

Es necesario indicar que para el respectivo análisis se solicitó evidencia adicional a fin de evaluar la continuidad del proceso de seguimiento en lo transcurrido del 2021, lo que determinó una mayor certeza en el cumplimiento a las actividades propuestas por la Dirección Territorial al equipo auditor, el cual arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%, con la evidencia presentada se observa una oportunidad de mejora en la actualización, innovación y cumplimiento a los diferentes planes presentados ante nivel central lo cual general un impacto positivo a las debilidades comunicadas.

El 100% de las evidencias por sí mismas están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por Dirección Territorial de Putumayo, una vez subsanadas las mismas el equipo auditor infiere el cierre total de las debilidades presentadas en el informe auditor 2019.

Con los resultados obtenidos, la Oficina de Control Interno pone de manifiesto el esfuerzo desplegado por el líder y su equipo de trabajo de la Dirección Territorial de Putumayo en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en la auditoría de gestión efectuada en la vigencia 2019. Aunado a ello, resalta el interés del auditado el cual presenta la construcción del Plan Operativo ligado al Plan de Acción con los porcentajes de cumplimiento, indicadores y tablero de control graficados, proponiendo como herramienta estándar a nivel nacional. Es aquí donde la OCI tiene la convicción que, si el líder y su equipo de trabajo reorientan las actividades, superan las causas generadoras de las debilidades.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 6 de 7

B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno reconoce el esfuerzo de la Dirección Territorial evaluada en aras de superar o remover las causas que dan origen a las debilidades del Sistema de Control Interno. En este sentido se cierran cuatro (4) debilidades que corresponde a un avance del 100%, se evidencia un primer ejercicio de identificación de causas y la realización de las actividades que permitan la mejora y una inversión adecuada de recursos a fin de superar las debilidades.

Se destaca la creación de la herramienta propuesta como plan gerencial, reemplazada en la vigencia 2020 por el plan operativo que va de la mano con el plan de acción institucional, el cual refleja el comportamiento y cumplimiento de las metas anuales tanto en valor relativo como en valor absoluto, eliminando la debilidad y constituyendo una oportunidad de mejora, para que se estudie y se analice la viabilidad de ser estandarizada a nivel nacional en la Unidad.

Cabe resaltar la disposición del líder territorial y sus colaboradores en la ejecución de las acciones para subsanar los hallazgos encontrados en la auditoría de gestión realizada en el año 2019 y las evidencias allegadas dentro de los términos propuestos en el plan de mejoramiento, además de las evidencias adicionales solicitadas en el curso del seguimiento al plan y a través de reunión ejecutada con el auditado. Por otra parte, se observa en la evaluación de las evidencias el cumplimiento a las capacitaciones, acatando los lineamientos propuestos en el plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos presentados e implementación de nuevos enfoques en la actualización de los procesos.

En relación con las debilidades cerradas en este informe, se recomienda que el líder del proceso y su equipo de trabajo continúen ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan seguir midiendo la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sea fortaleza para la Dirección Territorial, con esto aportamos a la mejora continua del proceso y en el cumplimiento de los objetivos institucionales, que propenda por superar las debilidades asociadas a los riegos y controles propios del proceso.

APROBÓ




CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina De Control Interno


ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
---------	-----------------	--------------------------------

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 7 de 7

1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 1 de 10

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día: 14	Mes: 11	Año: 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

Número de Informe	1/1
Nombre del Seguimiento	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Sucre
Objetivo del Seguimiento	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Sucre.
Alcance del Seguimiento	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
Normatividad	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2º literal e); el artículo 3º literal c) y el artículo 4º literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.


La Oficina de Control Interno en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento por los responsables de la Dirección Territorial Sucre.

El informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizadas a la Dirección Territorial Sucre por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

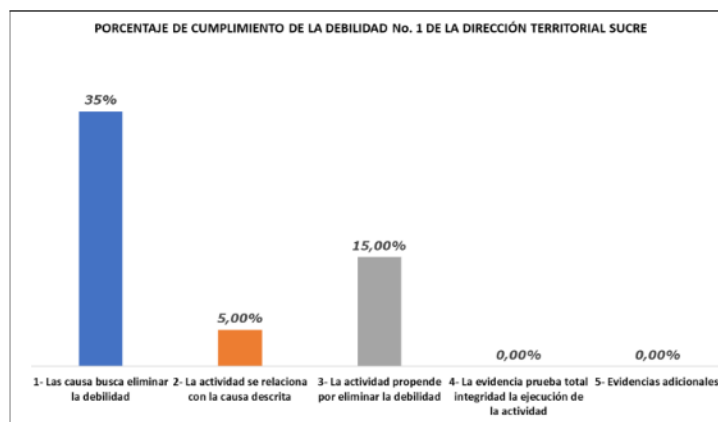
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 2 de 10

Para que el líder del proceso y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas, respecto del sistema de control interno.

El siguiente es el resultado de la evaluación de las debilidades del plan de mejoramiento de la Dirección Territorial Sucre, de acuerdo con el estudio efectuado y la aplicación de la herramienta en Excel de la Oficina de Control Interno, donde se analiza cada una de las debilidades, las acciones y actividades planteadas.


En las siguientes graficas se evidencia el comportamiento estadístico del resultado del seguimiento a las 35 actividades definidas por la Dirección Territorial de los seis (6) debilidades evidenciadas por la Oficina de Control Interno, así:

Grafica No. 1 Debilidad 1



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

- a) *Debilidad No 1 Debilidad del sistema de control interno por ausencia de análisis a la mejora o valor agregado. La mejora tiene como propósito superar las causas que generan o potencializan eventos adversos. Aplicado el papel de trabajo que evalúa este ítem del sistema de control interno se encuentra que hay evidencia incipiente de propuestas de mejora o valor agregado asociado a la gestión de la Dirección Territorial. Sin embargo, esta información y su uso no es aprovechada de manera efectiva. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 1º inciso segundo; 2º literal b); 3º literal b) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de control a la información documentada respecto de las evidencias que soporten la gestión de mejora, la falta de conocimiento y capacitación en temas de mejora continua a partir de las herramientas gerenciales. Lo anterior aumenta el riesgo de tomar decisiones sin consultar una herramienta de gerencia como lo es la mejora continua a partir del conocimiento pleno de la gestión efectuada por la Dirección Territorial y la persistencia de actuaciones o actividades que hoy tengan mejores prácticas internas o externas.*

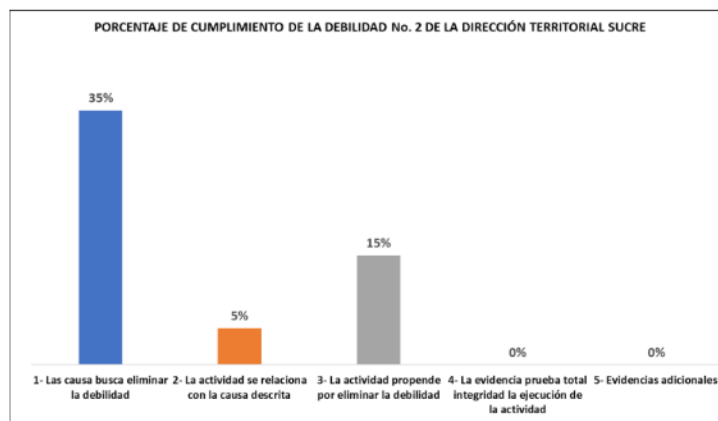
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 10

Para esta debilidad se plantean diez (10) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."


Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

Grafica No. 2 Debilidad 2



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

- b) Debilidad No. 2 *Debilidad del sistema de control interno por ausencia de un sistema de seguimiento. El seguimiento es una actividad que propende por lograr que las decisiones adoptadas bajo certidumbre o en baja incertidumbre contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales, para lo cual la evidencia es un elemento vital de evaluación. Aplicado el papel de trabajo que evalúa este ítem del sistema de control interno se encuentra que hay evidencia de un sistema de seguimiento a la gestión de la Dirección Territorial medianamente conformado, no obstante falta que el modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones y este adecuadamente evidenciada la gestión que a él corresponde. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literal d) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.2.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y buenas prácticas asociadas a la temática de seguimiento a las decisiones tomadas, la ausencia de un mecanismo de alerta de manera temprana los niveles y calidades de seguimiento a las acciones planteadas por la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta*

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 10

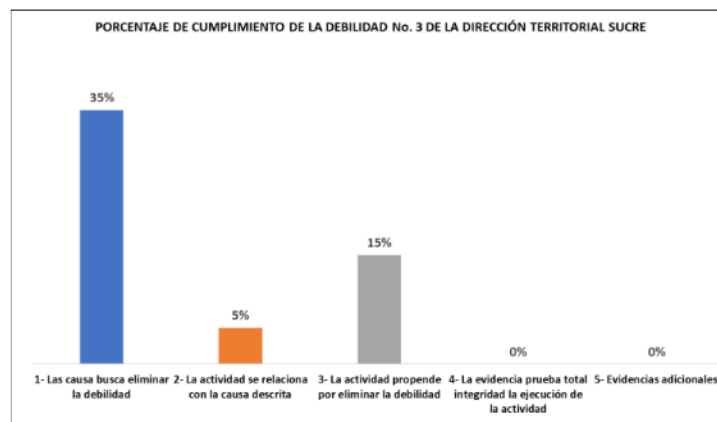
el riesgo de la no consecución de las acciones de mejora o de las decisiones tomadas por parte del director territorial que afecten los procesos o actividades ejecutadas en su jurisdicción.

Para esta debilidad se plantean diez (10) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."


Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

Grafica No. 3: Debilidad 3



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

- c) Debilidad No. 3 *Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que 10 de 11 controles (90.91%) establecidos por la DT Sucre no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a*

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 5 de 10

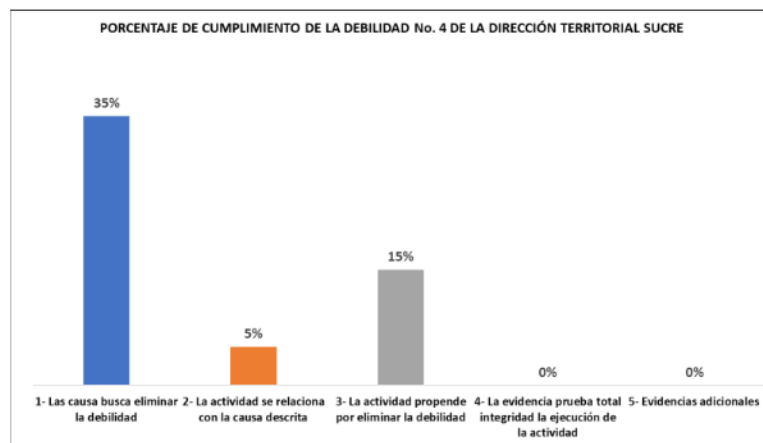
los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Para esta debilidad se plantean seis (6) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."


Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

Grafica No. 4 Debilidad 4



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

Debilidad No. 4 *Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que 10 de 11 controles (90.91%) establecidos por la DT Sucre no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de*

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 6 de 10

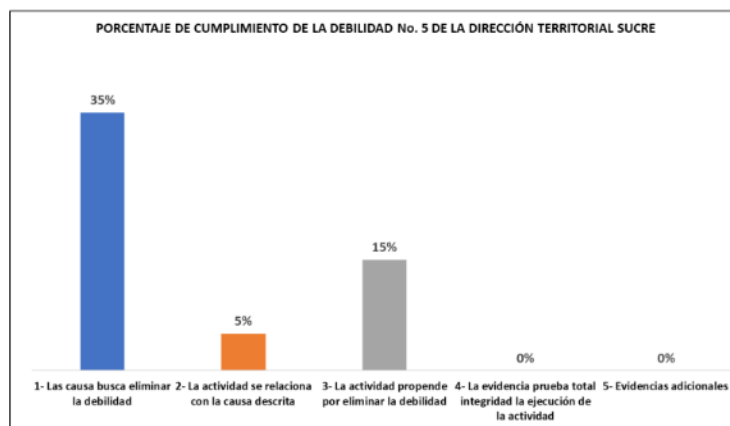
seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Para esta debilidad se plantean tres (3) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:


De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

Grafica No. 5 Debilidad 5



Debilidad No. 5 Al examinar la documentación del convenio en estudio se evidencia una debilidad en la gestión de supervisión que dan por resultado una incertidumbre respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 2° literales a), e) y f); artículo 3° literal d). artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011. Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, técnico financiero y jurídico. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada respecto de la absoluta claridad en el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

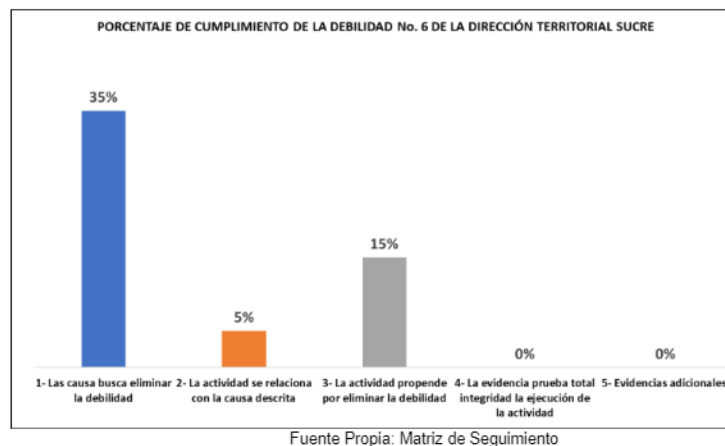
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 7 de 10

Para esta debilidad se plantean cinco (5) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:


De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

Grafica No. 6 Debilidad 6



Debilidad No. 6 *Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a la seguridad (por ejemplo, guayas de seguridad) de los equipos de cómputo portátiles, copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios, alarmas contra incendio. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales a), e) y f), 4° literales d), e) y i) y 6° de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT con el propósito de concienciar acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, confidencialidad de la información, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos*

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 8 de 10

pertenecientes a la Unidad, perdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.

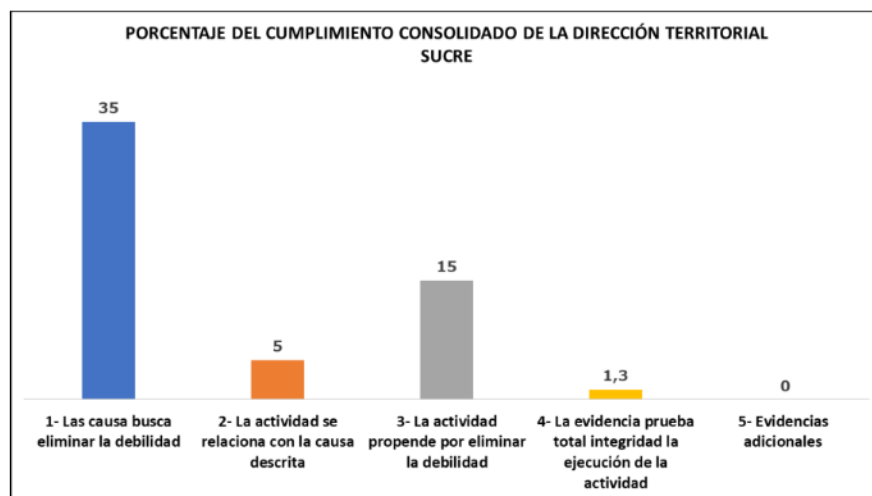
Para esta debilidad se plantea una (1) actividad donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."


Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

Consolidadas las gráficas anteriores, de acuerdo con los criterios de cumplimiento aplicado al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Sucre vigencia 2019, se anexa el resultado consolidado a través de la siguiente gráfica:

Gráfica No. 7 Consolidado porcentaje de cumplimiento.



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 9 de 10

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial tienen relación indirecta con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 35% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una debilidad de la DT y no están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

El 1.3% de las evidencias están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la Dirección Territorial Sucre, se observa que la dependencia remitió documentos que no cumplen con las características de ser una evidencia y que ellas estén en la capacidad de romper el escepticismo profesional que tutela la actividad evaluadora-auditora

B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno ve con preocupación el desempeño de los responsables de la Dirección Territorial en el cumplimiento de subsanar las causas que dieron origen a las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno y de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo auditor, solo se cierra una (1) debilidades que corresponde al 2.86%; donde el total de las 35 actividades definidas con sus respectivos soportes solo se cumple una. Es de anotar que respecto de la actividad cerrada la DT no remitió evidencia, sino que la OCI conocía la gestión institucional.

El equipo auditor resalta la necesidad que los servidores de la Dirección Territorial Sucre tomen conciencia que los planes de mejoramiento se deben cumplir cuando ellos han sido comunicados a los entes de control, indistintamente que el ente de control sea interno o externo. El sistema de control interno requiere del trabajo armónico de todos los servidores y de aplicar las normas de mejora continua para evitar que las causas identificadas como motivo de la debilidad del sistema perduren en el tiempo y tenga una influencia negativa en el logro de las metas institucionales.

APROBÓ




CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina De Control Interno

ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 10 de 10

2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.