 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>1</b> de <b>11</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 05	<b>Mes:</b> 11	<b>Año:</b> 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

<b>Número de Informe</b>	1/1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Cauca – Dirección General Unidad para las Víctimas.
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	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.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	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.
<b>Normatividad</b>	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,

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>2</b> de <b>11</b>

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.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>3</b> de <b>11</b>

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.



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>4</b> de <b>11</b>

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).

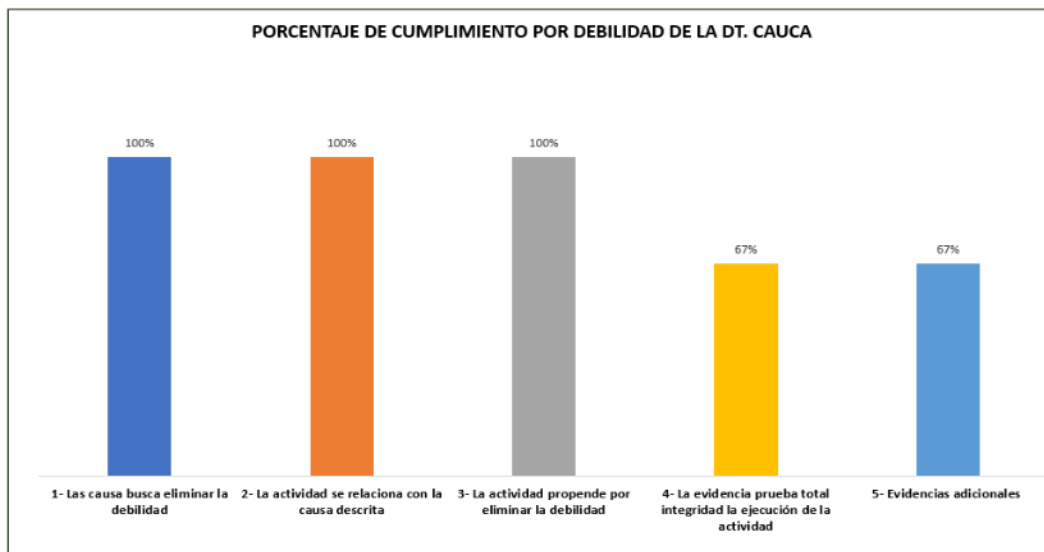
Contrario a lo anteriormente descrito, la totalidad de las actividades correspondientes a las debilidades 1, 2, 3, 4, 5 y 6 están cerradas con un nivel y porcentaje de cumplimiento del 75%, ubicada en zona de solidez medio. Sin embargo es importante aclarar que, a pesar de que éstas contribuyen a eliminar 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



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>5</b> de <b>11</b>

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>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>6</b> de <b>11</b>

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.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>7</b> de <b>11</b>

**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



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>8</b> de <b>11</b>

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.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>9</b> de <b>11</b>

## 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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>10</b> de <b>11</b>

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>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>11</b> de <b>11</b>

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.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>1</b> de <b>8</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	05	<b>Mes:</b>	11	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Número de Informe</b>	1/1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Santander
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	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.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
<b>Normatividad</b>	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.

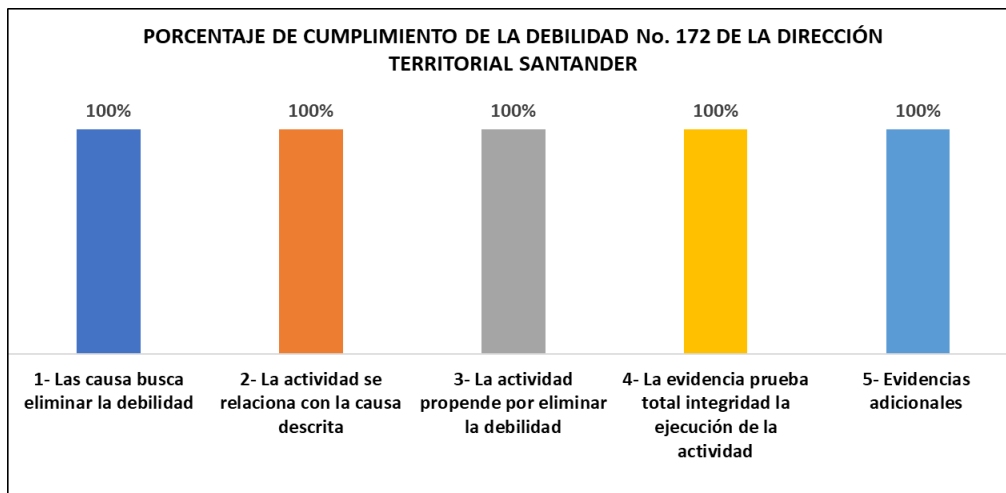
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>2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

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

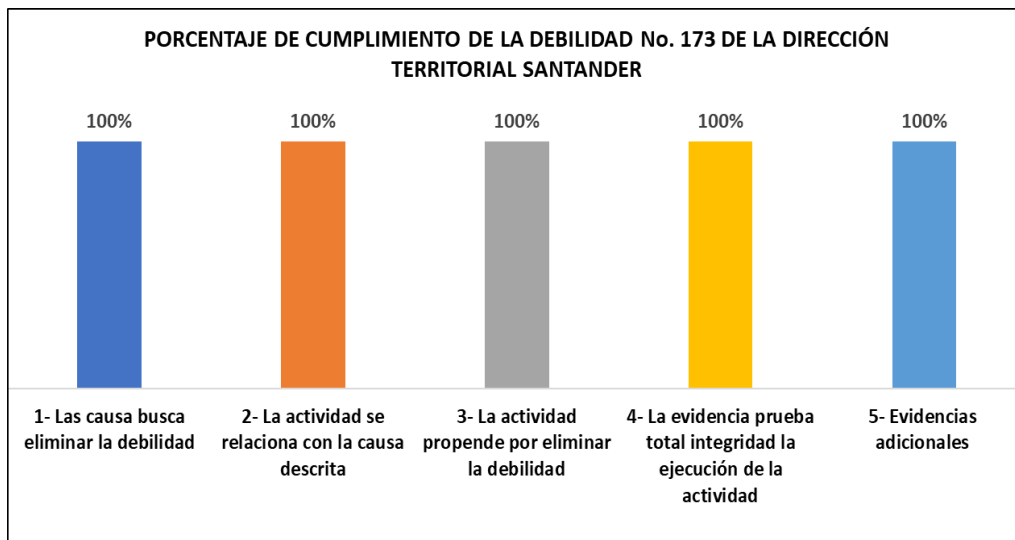


 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>3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


“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

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>4</b> de <b>8</b>

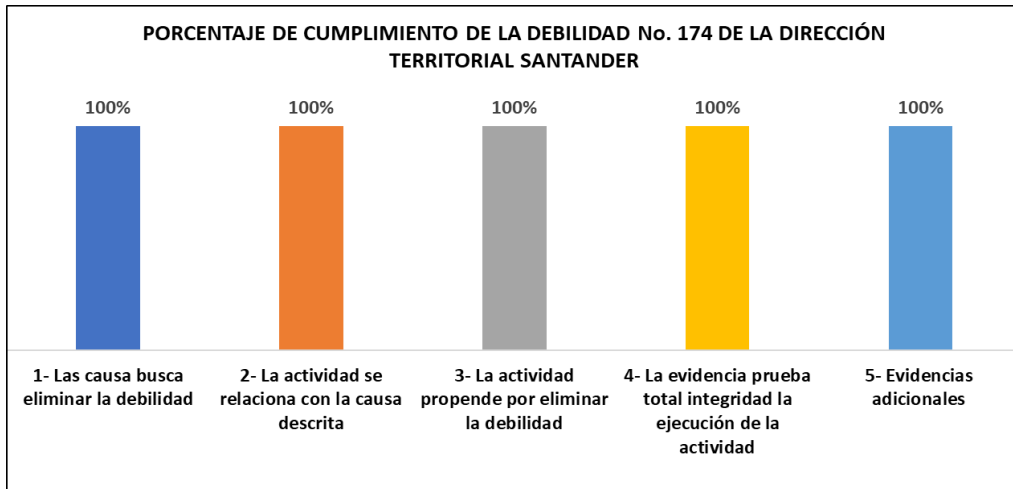
b) Debilidad No. 2 (código 173): *“Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Santander no cumple con los lineamientos 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.


 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>5</b> de <b>8</b>

**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

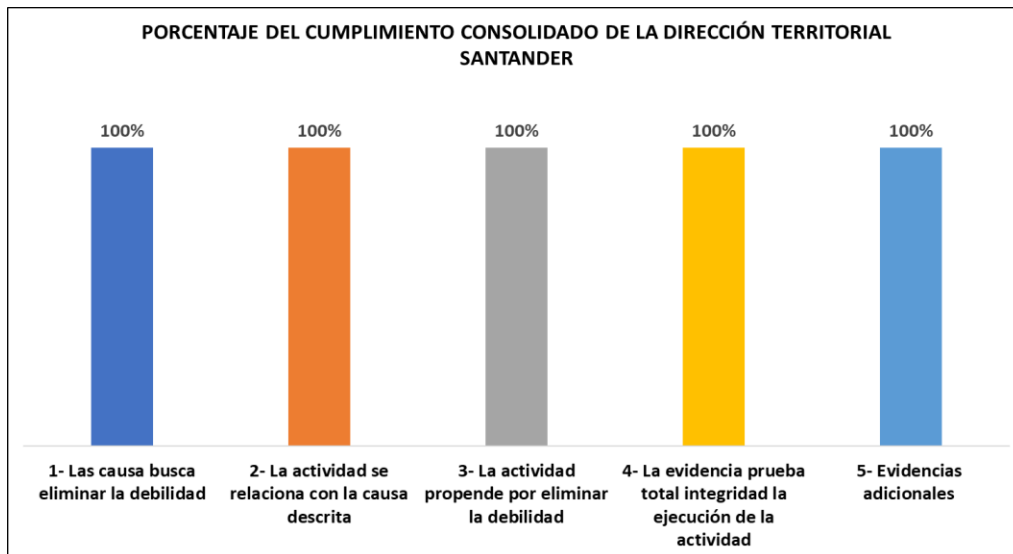
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>6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

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.



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>7</b> de <b>8</b>

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>8</b> de <b>8</b>

## 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.

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>1</b> de <b>30</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 12	<b>Mes:</b> 11	<b>Año:</b> 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------


<b>Número de Informe</b>	1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Seguimiento al Plan de mejoramiento de las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Caquetá - Huila.
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	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.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	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.
<b>Normatividad</b>	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 auditoria 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 - Huilla se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoria de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la dependencia adquiere como producto de la auditoria 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:

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>2</b> de <b>30</b>

- 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 1°; 2° literales b), c), d), f) y g); 3° literal a); 4° literal i), j) y artículo 6° Ley 87 de 1993 y el Decreto 1499 de 2017 artículo 2.2.22.3.1 Manual Operativo numeral 7.2.1.



 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>3</b> de <b>30</b>


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>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>4</b> de <b>30</b>

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>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>5</b> de <b>30</b>

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>6</b> de <b>30</b>

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.

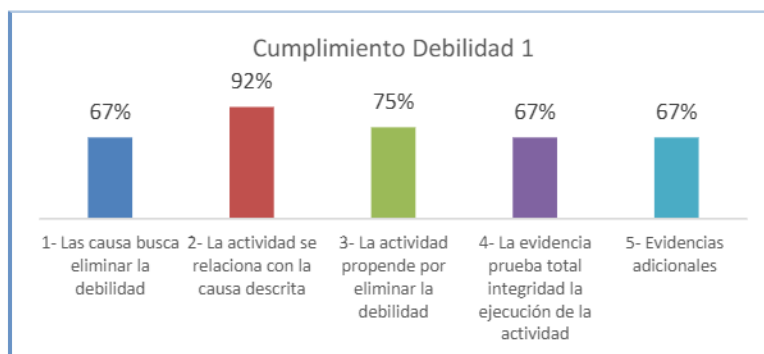
Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

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



 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>		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 <b>7</b> de <b>30</b>

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	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
	Porcentaje Cumplimiento	<b>67%</b>	<b>92%</b>	<b>75%</b>	<b>67%</b>	<b>67%</b>


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

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>8</b> de <b>30</b>

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>9</b> de <b>30</b>

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.

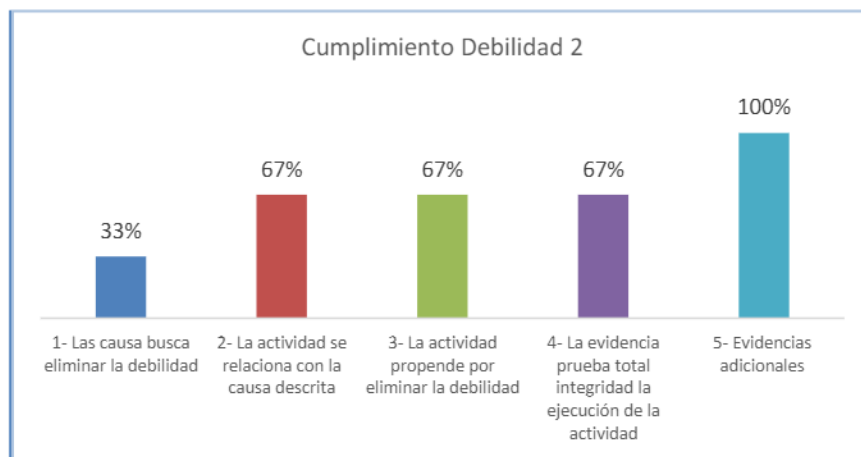
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>10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

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



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>11</b> de <b>30</b>

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
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 2° literales d) y f); artículo 4° literales i), j) y el artículo 6° 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:

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>12</b> de <b>30</b>

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

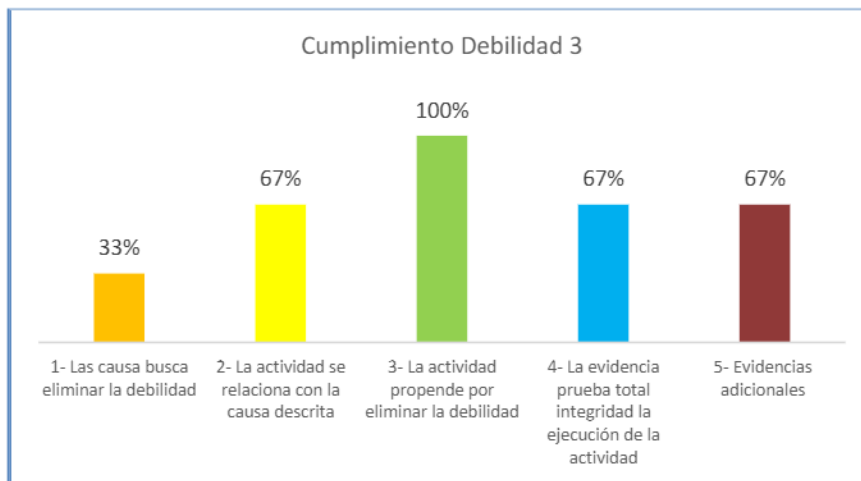
Evaluación total de los Criterios: Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 35% con una zona de solidez baja; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>13</b> de <b>30</b>

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

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>14</b> de <b>30</b>

- 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.



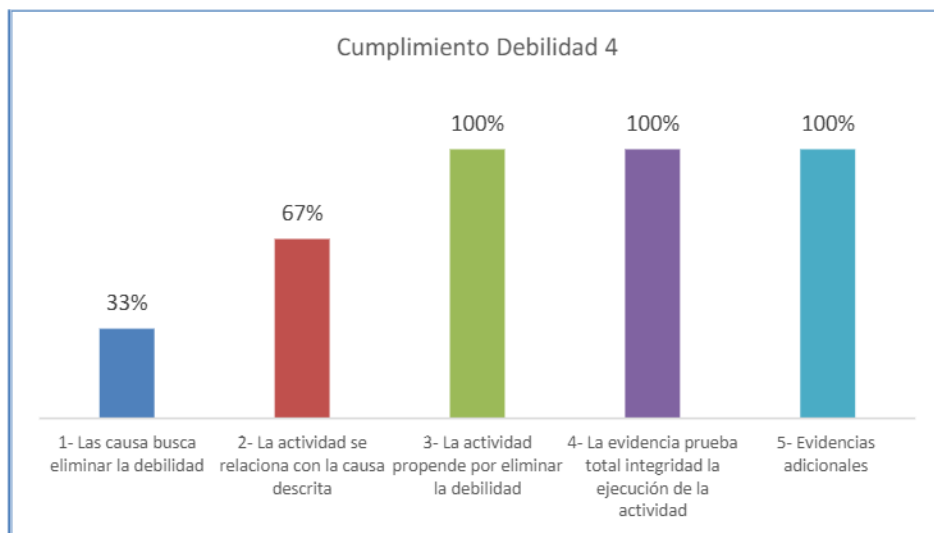
 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>15</b> de <b>30</b>

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



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>16</b> de <b>30</b>

(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	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
	<b>Porcentaje Cumplimiento</b>	<b>33%</b>	<b>67%</b>	<b>67%</b>	<b>67%</b>	<b>67%</b>

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:

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>17</b> de <b>30</b>

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>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>18</b> de <b>30</b>

- 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.

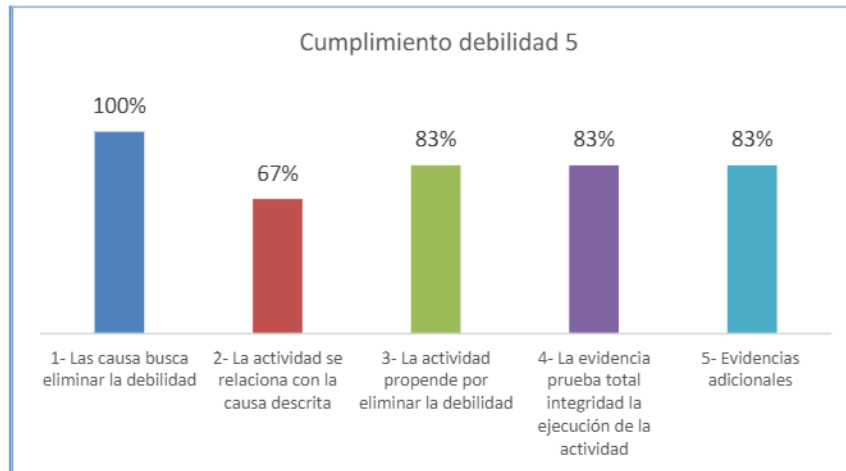
Criterio 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: correo solicitud de acta de cambios n 10 del 1 de abril de 2020, correo indicadores plan de acción susceptibles de cambio de fecha 30 de marzo de 2020, correo acta de cambios n 40 de fecha 2 de julio de 2020 y correo acta de cambios No. 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:

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>19</b> de <b>30</b>



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



 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>20</b> de <b>30</b>

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

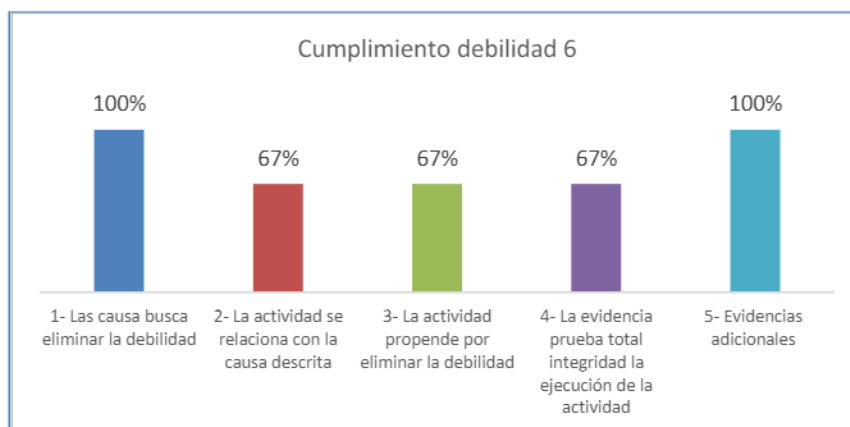
 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>21</b> de <b>30</b>

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.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>		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 <b>22</b> de <b>30</b>


	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 parágrafo 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:

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>23</b> de <b>30</b>

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.



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>24</b> de <b>30</b>

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.

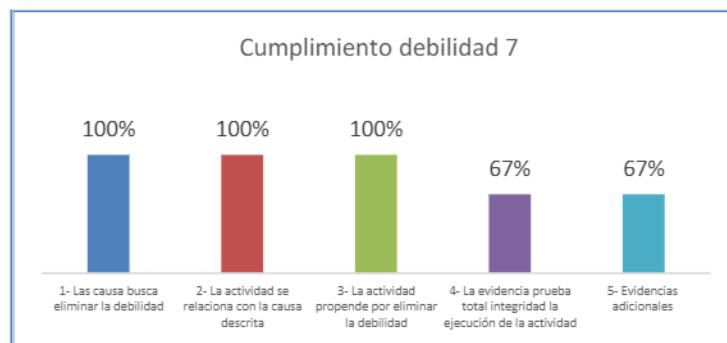
Criterio 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>25</b> de <b>30</b>

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:

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>26</b> de <b>30</b>

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.

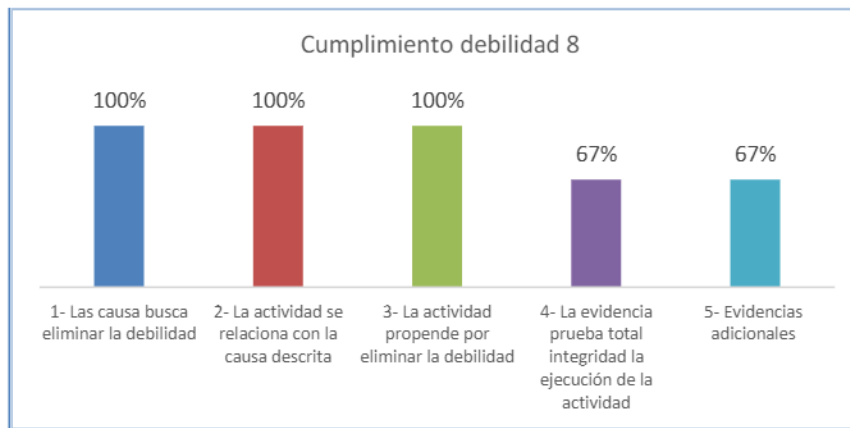
Criterio 5. No se registraron evidencias adicionales que permitieran lograr la efectividad de las acciones ya que las evidencias adjuntadas están fuera del tiempo del plan de mejoramiento

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>27</b> de <b>30</b>

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%

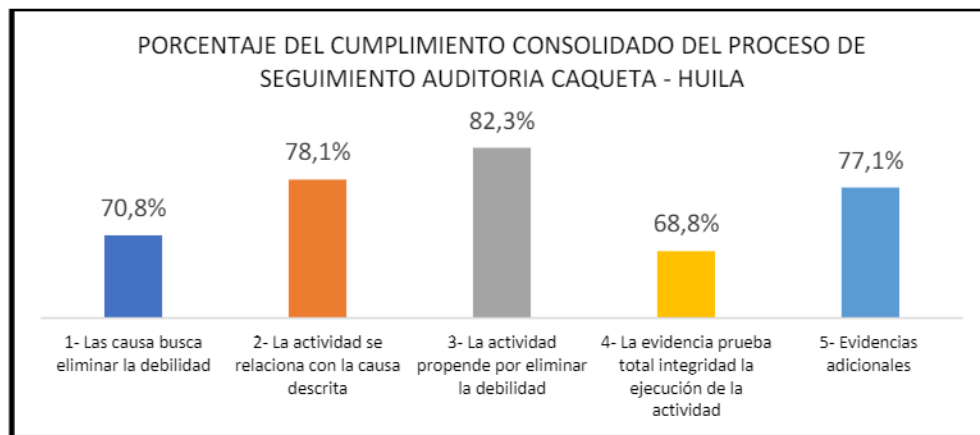
Tabla No. 16 datos estadísticos consolidados análisis debilidad8  
Fuente Propia: Matriz de evaluación PM - DT Caquetá - Huila

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



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>28</b> de <b>30</b>

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




Gráfica 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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>29</b> de <b>30</b>

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>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	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 <b>30</b> de <b>30</b>

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.
---	------------	--