**INFORME FINAL DE AUDITORIA**

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

Nombre del proceso auditado: Gestión Administrativa.

Dependencia líder del proceso: Secretaria General – Grupo Interno de Trabajo Gestión Administrativa.

Servidor responsable del proceso: Doctora Ruth Marlen Rivera Peña y Doctor Andrés Alfonso Leon Vega.

Tipo de auditoría realizada: De primera parte, efectividad del Sistema de Control Interno

Fecha de auditoría: Del 9 de abril al 19 de julio de 2018

Grupo Auditor: Auditor Líder Ingeniero Juan Carlos castellanos M

 Auditora Abogada Maria Liliana Gutiérrez Mejía

 Auditor Ingeniero José David Murcia Rodríguez

Es de anotar que la Oficina de Control Interno remitió el informe preliminar a la Secretaria General y a la Coordinadora del Grupo de Gestión Contractual mediante correo electrónico del día martes 2 de agosto de 2018, dándole tres días hábiles para recibir observaciones, el término venció el día miércoles 8 de agosto del mismo año, sin que el área auditada haya presentado observaciones de fondo y en consecuencia se protocoliza el informe preliminar como definitivo

1. **OBJETIVO DE LA AUDITORIA**

La auditoría tiene como objetivo evaluar el Sistema de Control Interno de cada procedimiento asociado al Proceso de Gestión Administrativa desde el logro de metas, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos. Para lograr el propósito, se examinan los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza del proceso.

Por lo anterior se tienen como objetivos específicos: i) Verificar que las funciones asignadas se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos u cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes de los procedimientos implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

1. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**

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

1. **GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR**

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializa ninguno de los riesgos identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2018. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión. El trabajo mancomunado con el auditado y la claridad en las actividades permiten que el proceso se cumpla dentro de los plazos y cronogramas establecidos. Por último, los servidores que atienden la auditoría tienen claridad de este tipo de procesos y brindan la colaboración esperada, contribuyendo con ello a crear un clima de confianza, respeto y lealtad.

1. **METODOLOGÍA UTILIZADA**

El Equipo de Auditoria de la Oficina de Control Interno para el desarrollo de la auditoría aplica la norma técnica colombiana NTC – ISO 19011 versión 2012-02-22. Igualmente se apoya en las recomendaciones que sobre el particular establece el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna del Instituto de Auditores Interno de Colombia IIA, versión 2016. En los temas relacionados con aspectos financieros se usa la Norma Internacional de Auditoría, NIA

1. **RESULTADOS DE LA AUDITORIA GESTIÓN ADMINISTRATIVA.**

Los comentarios del Equipo Auditor se enmarcan en el espíritu de la mejora continua, en cuyo escenario la crítica es constructiva y propende por evidenciar potenciales fallas del Sistema de Control Interno, que con el compromiso de todos y unas acciones de fondo se puede fortalecer y con ello contribuir a la misión y visión de la Unidad.

**5.1** **Análisis de los componentes mínimos del Sistema de Control Interno- Línea Operativa de Auditoría Gestión Administrativa.**

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

Cuando los elementos del Sistema de Control Interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad para el Proceso de Gestión Administrativa: *“Garantizar la gestión de los servicios administrativos, logísticos y la administración de los bienes de las dependencias de la entidad a nivel central y territorial, por medio de la definición de directrices y la contratación de servicios, para garantizar el desarrollo y funcionamiento de la UARIV”.*

**5.1.1 Desactualización de los procedimientos, formatos y documentos asociados al Proceso de Gestión Administrativa.**

El Gobierno Nacional adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (en adelante MECI)[[1]](#footnote-1), que fue actualizado en el año 2014 y posteriormente en el 2017[[2]](#footnote-2). En este escenario, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión dispone que el trabajo por procesos es “*la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización*”[[3]](#footnote-3)

Examinada la caracterización del proceso y procedimientos publicados en la página Web de la Unidad se tiene la siguiente información:



El Proceso de Gestión Administrativa publicado en la página Web posee ocho (8) procedimientos. Al analizar las fechas de estos instrumentos frente a lo publicado el 8 de junio de 2018 (fecha en la que se realiza el estudio) se obtiene:

* El 33.3% de los procedimientos (contado el proceso) están actualizados dentro del año inmediatamente anterior a la fecha del cálculo. En tanto, el 66.6% tiene más de 1.9 años de vigencia.
* Sí se tiene como fecha ancla la caracterización del proceso de Administración y el “Procedimiento de Administración, Planta y Equipo”, (2 de agosto de 2017), los procedimientos actualizados, (incluyendo la caracterización), con posterioridad corresponden al 11.1% (1 procedimiento).

Lo anterior evidencia una debilidad del Sistema de Control Interno por cuanto al ser revisado y actualizado el proceso, los procedimientos igualmente deben tener igual consideración. Aunado a lo anterior, se presentan modificaciones que deben ser tenidas en consideración para actualizar los formatos que se desprenden de ellos. El monitoreo constante de las normas es una actuación vital dentro del Sistema de Control Interno y de los riesgos asociados a la gestión.

Para ejemplarizar la problemática anterior, el Equipo Auditor evidencia que los procedimientos no están actualizados y con ello aumentan el riesgo de inadecuada aplicación normativa, reprocesos administrativos, costos de mala calidad e incluso, llegar al escenario de generar controversias de responsabilidad.

1. El Equipo Auditor al realizar el análisis y cálculo de promedio de vigencia de los procedimientos asociados al proceso verificó que estos tienen en promedio una vigencia de 1.9 años como deduce la figura 1.
2. Formatos desactualizados: En los documentos publicados en la página Web y relacionados con el Proceso de Gestión Administrativa se identifica que el formato: “Levantamiento Individual de Inventarios” cód. 710,18,15-6 v1 hace referencia al “Procedimiento de Inventarios” cuando este a la fecha no es un procedimiento de este proceso (imagen N.º 1), lo mismo ocurre con el formato de “Bajas Tecnológicas” identificado cód. 710.18.15-5 v1 que hace referencia al “Procedimiento de Bajas de Bienes” (imagen Nº 2) .





1. Procesos con flujogramas: 6 de los 8 de los procedimientos asociados al Proceso de Gestión Administrativa cuentan con flujogramas, incumpliendo lo establecido en el “Procedimiento de Control de Documentos del SIG” cód. 710.14.08-2 v7 desde 09/03/2017 y sus posteriores actualizaciones.

Lo anterior se constituye en una debilidad del Sistema de Control Interno por cuanto para la vigencia 2017 el Modelo Estándar de Control Interno dispone: *“Gestionar un proceso tiene como punto de partida la caracterización del mismo, que consiste en la determinación de sus rasgos distintivos; esto es, cuando se identifican sus interrelaciones frente a los demás procesos de la entidad determinando sus proveedores (procesos internos o instancias externas) que entregan insumos y clientes que reciben un producto o servicio. La caracterización de los procesos es entonces, el esquema que permite ver en contexto de manera integral y secuencial aplicando el ciclo PHVA, la esencia del proceso frente al aporte que hace al logro de los objetivos institucionales”[[4]](#footnote-4).*

En este orden de ideas, se incumple lo dispuesto en los literales b); d); f) y g) del artículo 2°, literal b); f); j) y l) del artículo 4° de la Ley 87 de 1993. Aunado a esta norma, se incumple lo pertinente a las disposiciones legales citadas en el texto de este acápite.

El Equipo Auditor considera como posible causa de estas situaciones la falta de seguimiento, control, verificación e incluso capacitación de los servidores adscritos al proceso. Estas potenciales causas potencializan los riesgos ya citados y afectan la confiabilidad del Sistema de Control Interno asociado al marco de su proceso y procedimientos.

Adicionalmente, el Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala: En la respuesta entregada por el auditado mediante comunicación interna del 28 de junio de los corrientes con Radicado N.º 201871010814101 se argumenta que la actualización de la caracterización del Proceso de Gestión Administrativa se encuentra en proceso de firma del acta de aprobación por parte de la Secretaria General para realizar la respectiva publicación y que en la actualización de los formatos se van a tener en cuenta los ajustes correspondientes. Hasta que esas actividades no concluyan, el Equipo Auditor acepta parcialmente la respuesta evidenciando debilidad del Sistema de Control Interno. No obstante, esta observación queda como debilidad del Sistema de Control Interno.

**5.1.2. Indicadores de gestión - Debilidad en cuanto a la medición y monitoreo del proceso.**

El Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados adscritos al Proceso de Gestión Administrativa una herramienta de percepción que tiene como propósito determinar el nivel de madurez de la medición. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la medición del proceso (batería de indicadores) está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 90% del valor máximo posible en la escala de Likert[[5]](#footnote-5), metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que: “Hay evidencia de un sistema de medición en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”.

El Equipo Auditor identifica que al consultar el aplicativo SISGESTIÓN para el año 2017 el auditado en cuanto a la formulación y seguimiento de indicadores en el Plan de Acción tiene el indicador No 10600 “Plan de Acción” que se implementa mediante nueve actividades de las cuales solo dos hacen referencia a la parte administrativa y una a la ambiental:

1. Actividad 83415 Bienes del almacén de la Unidad de las diferentes sedes a nivel nacional registrados, controlados y administrados.
2. Actividad 83421 Nivel de satisfacción del cliente interno frente a los servicios prestados por el Proceso de Gestión Administrativa.
3. Actividad 83414. Nivel de implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA. Este indicador hace referencia a un Plan del año 2015 que no tiene planes programas ni actividades sin embargo se reporta como 100 % ejecutado.

Lo anterior evidencia deficiencias en el proceso en cuanto al conocimiento de mecanismos y metodologías de medición y seguimiento ya que la batería de medición del proceso no cubre todos los escenarios y no se aprovecha como herramienta gerencial, lo que aumenta los niveles de incertidumbre sobre la medición de la gestión e incrementa los riesgos asociados.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que se reitera la debilidad por cuanto no se desvirtúa la observación presentada.

De otra parte, el promedio de las 20 afirmaciones da como resultado 4.33/5.00 con una desviación estándar de 0.5514 de donde se colige que existe un escenario propicio para mejorar la batería de medición y así lograr que “*Los indicadores (sean) una forma clave de realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. Y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna”,* al igual que *“los indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad”[[6]](#footnote-6)*

En el hoy Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), los indicadores tienen como finalidad *“… una adecuada evaluación o seguimiento a lo previsto en la planeación institucional es necesario contar con un grupo de indicadores que permita conocer el estado real de la ejecución de las actividades, el logro de metas, objetivos o resultados y sus efectos en la ciudadanía”[[7]](#footnote-7)*

Lo anterior sustenta el criterio auditor de recomendar un ejercicio más profundo para determinar los indicadores del proceso, de los cuales es aconsejable que se muevan en entornos disimiles como el impacto, la calidad, la oportunidad, el costo administrativo e incluso la medición transversal del proceso con otros componentes como el financiero y de planeación estratégica

**5.1.3 Mapa de Riesgos**

El Equipo Auditor, de igual manera, aplica a servidores seleccionados adscritos al Proceso de Gestión Administrativa la misma herramienta de percepción, que tiene como propósito determinar el nivel de madurez del mapa de riesgos. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el mapa de riesgos del proceso (amenazas/peligros) está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 96% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que: “Hay evidencia de un mapa de riesgos y modelo de administración de estos en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente.

De otra parte, el promedio de las 20 afirmaciones da como resultado 4.5/5.00 con una desviación estándar de 0.3504. Estos resultados son reveladores en cuanto muestran que el Proceso de Gestión Administrativa puede mejorar el mapa de riesgos y *“De esta manera, se debe entender que la Administración del Riesgo, se convierte en una herramienta fundamental para las entidades, en el entendido de que su correcta aplicación tiene como resultado latente, el evitar la ocurrencia de hechos o situaciones que afecten o entorpezcan la gestión de las entidades. Igualmente, desde el punto de vista del control se debe entender como estratégica para la consecución de los propósitos trazados a través de los planes, programas, proyectos y procesos; por lo tanto, todas las entidades deben no sólo identificar los riesgos, sino que deben realizar el seguimiento periódico a los mismos, con el fin de que la gestión del riesgo sea efectiva, evitando así las consecuencias negativas de su materialización”[[8]](#footnote-8)*

En MIPG, atendiendo la segunda línea de defensa a cargo de los responsables de los procesos, se establece que es un deber “*Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada; Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude; Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI; Monitorear cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento; Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo; Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia; Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas; Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar y Los supervisores e interventores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas”[[9]](#footnote-9)*

No obstante, el Equipo Auditor enfatiza que el mapa de riesgos evaluado en este acápite corresponde al umbral del Proceso de Gestión Administrativa y de modo alguno es la evidencia de la identificación y administración de riesgos asociados a cada proceso de gestión administrativa realizado en la Unidad.

Al consultar los mapas de riesgos del Proceso de Gestión Administrativa se observó que el proceso tiene identificado cinco riesgos de gestión y uno de corrupción. De ellos, uno es la suspensión de servicios públicos en las sedes administrativas y Direcciones Territoriales de la Unidad con valoración baja, sin embargo, este se ha materializado y no cuenta con plan de respuesta lo que implica que estos riesgos no se afrontan de manera robusta.

Teniendo en cuenta lo anterior, los mapas de riesgos del Proceso de Gestión Administrativa presentan debilidades en cuento su construcción, administración (contexto, identificación, valoración plan de tratamiento y seguimiento a los riesgos asociados al proceso), que evidencia debilidad con respecto a la implementación de la metodología de administración de riesgos institucionales, del “Procedimiento de Administración de Riesgos Institucionales” cód. 100.01.08-2 V5 del 06/03/2018, de la Guía de la Administración del Riesgo Departamento Administrativo de la Función Pública [[10]](#footnote-10) y de la Norma NTC ISO 31000.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: Desde el proceso se realizará una revisión del riesgo mencionado para establecer nuevos controles.

**5.1.4 Modelo de control**

Siguiendo los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente al proceso auditado. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el modelo de control inherente está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 77% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que: “Hay evidencia que el modelo de control esta adecuadamente estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las deviaciones que se presentan”.

De otra parte, el promedio de las 20 afirmaciones da como resultado 4.02/5.00 con una desviación estándar de 0.5330. Es así como el Equipo Auditor vislumbra la posibilidad de reforzar el sistema de control inherente al Proceso Gestión Administrativa.

Para el Equipo Auditor es de vital importancia el componente de control aplicado en Proceso de Gestión Administrativa. No puede ser menos cuando la gestión de la Unidad y el apoyo a la misión institucional se desarrolla mediante su gestión administrativa. La administración de los recursos presupuestados para lograr los productos que satisfagan las necesidades de los usuarios de la UARIV debe estar enmarcados en controles fuertes a la hora de su gestión. Por ende, se constituye en una oportunidad para superar los obstáculos que hoy se presentan como un aumento del riesgo dentro del proceso auditado.

**5.1.5 Mejora**

Siguiendo los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente al proceso auditado. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la Mejora está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 70% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que: “*Hay evidencia que el modelo de mejoramiento o agregación de valor esta adecuadamente estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las deviaciones que se presentan*”.

De otra parte, el promedio de las 20 afirmaciones da como resultado 3.61/5.00 con una desviación estándar de 0.4869. Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para realizar acciones de seguimiento que aseguren una toma de decisiones en un entorno de certeza razonable teniendo como sustento la información de los anteriores componentes, todos ellos como herramienta de gerencia proclive a mejorar la gestión, minimizar costos de todo tipo y maximizar las acciones misionales en favor de los usuarios de la UARIV

**5.1.6 Seguimiento**

Para finalizar este acápite del informe se adentra en el seguimiento que debe hacer el responsable del proceso. Para ello se aplica la herramienta citada con el fin de establecer el nivel de madurez del Sistema de Control Interno asociado al seguimiento. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el Seguimiento está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 64% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que: *“Hay evidencia que el modelo seguimiento a la gestión del proceso esta adecuadamente estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las deviaciones que se presentan*”.

De otra parte, el promedio de las 20 afirmaciones da como resultado 3.73/5.00 con una desviación estándar de 0.5471. Es así como el Equipo Auditor de acuerdo con la metodología establecida, frente a este tema, también ve un terreno expedito para realizar acciones de seguimiento que aseguren una toma de decisiones en un entorno de certeza razonable teniendo como sustento la información de los anteriores componentes, todos ellos como herramienta de gerencia proclive a mejorar la gestión, minimizar costos de todo tipo y maximizar las acciones misionales en favor de los usuarios de la UARIV

En virtud de lo expuesto es que la Ley 87 de 1993 en su artículo 6º al hablar de la responsabilidad del control interno determina que*: “El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos”*

En este sentido es que realizar el seguimiento a las acciones, actividades u objetivos propuestos se constituye en el baluarte de un modelo de control interno fuerte y en materia de la gestión administrativa (dada su importancia estratégica y su gestión de apoyo) se materializa en la aplicación de los principios rectores de la gestión pública (igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales).

Los siguientes numerales ejemplarizan este componente del Sistema de Control Interno. Para el Equipo Auditor el análisis del quehacer del seguimiento es otro de los pilares sobre los cuales descansa una adecuada toma de decisiones, sustentado en herramientas que brindan certeza al gestor público y por ende dan a los usuarios de la Entidad la tranquilidad de recibir los bienes o servicios que satisfagan sus expectativas, dentro del marco de las externalidades propias de la gestión de la Unidad.

**5.2** **Resultados de la Auditoria Gestión Administrativa**

**5.2.1. Ejecución Política Cero Papel.**

El Equipo Auditor realiza el cruce de información sobre la entrega de papel mensual suministrado a las dependencias por el Proceso de Gestión Administrativa y el número de impresiones reportado por la Oficina de Tecnología de la Información, a nivel nacional para el año 2017 y se obtiene la siguiente información:



Al revisar los despachos de papelería en los tamaños carta y oficio, la cifra corresponde a un total de 28.976 y el número de impresiones a 18.488 (datos en resmas de papel carta y oficio por 500 hojas) observando que difieren en 10.488 resmas. La falta de control sobre los consumos de papel puede tener como origen diferentes situaciones administrativas y/o desconocidas que no se evidencian en el proceso auditor pero que deben estar monitoreados y controlados por el Proceso de Gestión Administrativa.

Los datos históricos de consumo de papelería deben ser un elemento de control para el proceso administrativo y una fuente de información para los solicitantes de este insumo, su ausencia incrementa los riesgos asociados a su administración, óptimo manejo de recursos e incremento de los costos asociados, incumplimiento de lo establecido en la Directiva Presidencial 4 de 2012[[11]](#footnote-11) que trata sobre la Eficiencia Administrativa, Lineamientos de la política Cero Papel para la Administración Pública y los establecidos en la Ley 1815 del 7 de diciembre de 2016[[12]](#footnote-12), Plan de Austeridad del Gasto.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: Es preciso hacer claridad que en el desarrollo de la auditoria se analiza la información enviada por la O.T.I relacionada con las impresiones de todas las sedes y todas las impresoras de la Unidad. El Equipo Auditor identifica debilidades en el Sistema de Control Interno con respecto al control de envió de papel a las diferentes sedes y procesos de la Unidad.

La ejecución de la política de cero papel implica la aplicación de una adecuada metodología y sistema de control de: i.) Necesidades de papel por afinidades a potenciales centro de costo que pueden ser dependencias, procesos o proyectos de inversión; ii.) Mayor y más efectivo control de entrega de suministros de papelería; iii.) Mejor y más efectivo control del uso de papelería por parte de quien solicita el recurso y, iv.) Control cruzado entre la información del proceso auditado y los datos originarios de la OTI.

El Equipo Auditor observa que si hay controles puntuales. Sin embargo, ellos corresponden solamente a datos que reportan los usuarios en forma independiente, pero no hay interacción ni articulación entre las áreas responsables de solicitar, entregar, aplicar, monitorear y hacer seguimiento y control a la efectiva aplicación de insumos de papelería (con recursos de funcionamiento o de inversión), ni utilización de los resultados del seguimiento o control para la toma de decisiones.

**5.2.2 Falta de control de donaciones entregadas a la Unidad para las Víctimas.**

El Equipo Auditor evidencia que el Proceso de Gestión Administrativa presenta debilidades en cuanto al control de los bienes entregados en calidad de donación a la Unidad y su registro en el inventario.

Una vez revisado el “Procedimiento para Donaciones en Especie” 100.01.08-7 v3 liderado por el Proceso de Direccionamiento Estratégico (vigente desde 18/10/2017) no se encuentran establecidas las actividades y responsabilidades que tiene este proceso en cuanto al ingreso, manejo y egreso de las donaciones en el inventario de la Unidad.

El no contar con una adecuada coordinación entre los procesos relacionados con las donaciones constituye una debilidad en el Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Administrativa, lo que potencializa el riesgo de falta de cuidado, diligencia, vigilancia y control del inventario. Estas debilidades aumentan, además, los riesgos asociados al no cumplimiento del logro del objetivo de la caracterización en cuanto a “*Garantizar la gestión de los servicios administrativos, logísticos y la administración de los bienes de las dependencias de la entidad a nivel central y territorial* …” de igual forma, aumenta los riegos asociados al manejo contable de los mismos, que puede incidir en la confiabilidad de los estados financieros.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: Se evidencia que el proceso presenta debilidades en cuanto al control de los bienes entregados en calidad de donación a la Unidad y su registro en el inventario, dado que una vez revisado el “Procedimiento para Donaciones en Especie” 100.01.08-7 v3 liderado por el Proceso de Direccionamiento Estratégico (vigente desde 18/10/2017) no encuentra la articulación de actividades entre estos dos procesos en cuanto al ingreso, manejo y egreso de las donaciones en el inventario de la Unidad. En este escenario se pone en riesgo la aplicación del Plan Único de Cuentas PUC (vigente para la anualidad 2017) en relación con la cuenta 16 y sus respectivitas dinámicas.

Las “Donaciones”, (acto por el cual una persona transfiere, gratuita e irrevocablemente una parte de sus bienes a otra persona que la acepta), son para el caso de la Unidad recursos (en dinero o en especie) que entregan “terceros” y entran a formar parte de los activos de la entidad, para su desarrollo misional.

El Procedimiento de Donaciones no es claro frente al ingreso al Almacén, cuando de donaciones en especie se trata. En la práctica el trámite que se realiza no se ajusta al procedimiento documentado y, el incumplimiento en su aplicación y la falta de interacción y articulación entre las áreas responsables (Direccionamiento Estratégico dueño del Procedimiento de Donaciones y el Proceso de Gestión Administrativa) posibilitan la materialización del riesgo de desviación, pérdida de recursos y malversación de los mismos, además del riesgo de pérdida imagen pública para la entidad por la debilidad en su control.

**5.2.3 Falta de Control sobre los bienes muebles de la Unidad para las Víctimas.**

La Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación establecen en la Circular Conjunta 02[[13]](#footnote-13) del 2003 *“Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo”* , mecanismos de vigilancia y control de bienes públicos con el fin de prever el daño o pérdida patrimonial y teniendo en cuenta lo estipulado en la Ley 734 del 2002 [[14]](#footnote-14) al respecto el Equipo Auditor evidencia que:

1. Con respecto a las altas (entradas) del almacén, al menos un bien ingresó al inventario de la Unidad (grabadora digital portable, ver imagen 4) mediante una denuncia de perdida, situación que sucedió con anterioridad a su ingreso físico al inventario y por la tanto el bien se pierde para el dueño según el Código Civil Colombiano y no para la Unidad ya que no había ingresado contablemente a la Entidad.



**Imagen 4:** Información general de activos por hoja de vida

1. En cuanto al registro de bienes en el inventario de la Unidad se identifica que el equipo Plotter del Fondo de Reparación para las Víctimas, ubicado en el piso 15 del Edificio Avianca, no cuenta con ingreso o información relacionada en el aplicativo SicofERP (aplicativo con el cual se administra el inventario de la Unidad). De allí se coligen varias situaciones, de las cuales una es que la información del aplicativo no sea la misma información en físico, ello disminuye los niveles de certeza en cuanto a la actualización del inventario aumentando el riesgo en cuanto su administración.

1. Se evidencia que los ventiladores personales distribuidos en la Unidad no cuentan con las placas de identificación y su control se realiza mediante base en Excel fuera del aplicativo SicofERP.

Dado lo anterior se evidencian debilidades en el Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Administrativa dado que la ausencia de controles aumenta los riesgos con respecto a la pérdida de los bienes y los registros de poca calidad afectan la credibilidad de las cuentas contables del Catálogo General de Cuentas y sus dinámicas.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: Está presente la debilidad del Sistema de Control Interno por cuanto hay confusión, por ejemplo, en el plotter del Fondo de Reparación a las Victimas que corresponde al inventario *equipo HP DESIGNJET T790 ubicado en Edificio Avianca piso 15*, el cual es diferente al equipo que se encuentra en la Subdirección Red Nacional de la Información inventario  *HP DESIGNJET T2300 Edificio San Francisco Piso 4º* el cual si encuentra en el inventario y se identifica con placa N.º U-01051044. Ver imagen 2



Imagen 2 Identificación

Los ventiladores personales deben ser identificados y asignarles placas para facilitar su administración y proceso de baja, dado que son bienes de consumo controlado y por lo tanto devolutivos. El ingreso al inventario de un bien mediante denuncia conlleva una debilidad en los controles del proceso en cuanto al manejo de inventarios de la Unidad. Aunado a lo anterior, la falta de verificación por parte del proceso sobre las observaciones realizadas son una de las razones más fuertes para calificar la debilidad del Sistema de Control Interno.

**5.2.4. Incumplimiento de normativa interna con respecto la baja de bienes**

El Comité de Bajas de la Unidad se reunió el 26 de diciembre de 2017 donde se presentó la evaluación técnica de bienes muebles e inmuebles para el retiro físico de los inventarios de 550 placas de la Unidad. Mediante Resoluciones internas de la Unidad Nº 01599[[15]](#footnote-15) y Nº 00795[[16]](#footnote-16), se determina baja y disposición final.

Al realizar visita en situ el 18 de mayo del 2018 al almacén ubicado en Fontibón, el Equipo Auditor evidencia que dichos bienes muebles todavía se encontraban en las instalaciones, de donde se concluye el incumplimiento de las normas internas de entidad, incrementando los riesgos de obsolescencia, deterioro o perdida de las bajas, generando reprocesos, aumentando los costos asociados a la administración de bienes que deberían haber sido dados de baja.

El equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: En la respuesta entregada por el auditado no se hace referencia a este punto, por lo que se da como aceptada la debilidad del sistema de control.

Los entes de control en el Estado Colombiano determinan que la “Baja de bienes” es la salida definitiva de aquellos bienes que no se encuentran en condiciones de uso o que la entidad ya no requiere para el normal desarrollo de sus actividades. Efectuar Comités que definen la baja de bienes e incumplir o demorar la aplicación de lo decidido en ellos, genera la permanencia en la entidad de los bienes obsoletos y/o deteriorados, por no acelerar el procedimiento de salida física de los mismos, posibilitando la materialización del riesgo de pérdida de los bienes y especialmente el uso inadecuado de espacios que pueden ser destinados para otra finalidad, además del incumplimiento de los procesos, procedimientos y de la normatividad para ello existente, por inadecuado seguimiento al procedimiento con falta de eficacia frente a esta labor.

**5.2.5 Falta de Implementación licencias ESIGNA.**

La Entidad consideró pertinente la adquisición de las licencias ESIGNA (designar, tramitador, sede electrónica, batch server) para su gestión documental. Ellas ingresan al inventario de la Unidad el 01/06/2017, cuatro licencias por un valor $555.640.000 m/c. No obstante, a un año de su adquisición no se encuentran en uso. Lo anterior se enmarca en los riesgos de la contratación pública especialmente en lo concerniente al principio de economía y a las diferentes fases de la gestión en la compra pública. Por lo anterior, la no implementación de estas licencias aumenta su riesgo de obsolescencia y de incompatibilidad tecnológica que puede conducir a la imposibilidad de su uso y por ende, pérdida de la inversión.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: se identifica que estas licencias ingresan al inventario de la Unidad el 01/06/2017. Según el proceso auditado, ellas son adquiridas en 2015, lo que evidencia falta de articulación entre el proceso y control en relación con el bien. Adicionalmente, no se cuenta con evidencia suficiente para determinar si las licencias se implementaron en su totalidad y si se cumple el objeto para lo cual fueron adquiridas.

La adquisición de este tipo de licencias permite la renovación, mantenimiento, garantía y la asistencia frente a los programas sobre los cuales se conceden. La demora en la toma de decisiones para su uso y aplicación como gestor documental para la Unidad de esta licencia, implica costos elevados para la entidad y su no utilización parcial o total genera riesgos de obsolescencia por cambios tecnológicos y pérdida de recursos por su no aplicación, además riesgos frente a representaciones erróneas en los inventarios de los Estados Financieros, por la no oportunidad en su registro frente a la fecha de su adquisición.

**5.2.6 Acumulación de material institucional e impresos en la bodega y en sedes de la Unidad.**

El Equipo Auditor en visita a las sedes de Bavaria, Afinsa y Fontibón, donde encuentra material impreso e institucional acumulado, observa que si bien el Proceso de Gestión Administrativa se ha comunicado con algunos procesos informándoles sobre dicha situación, la gestión no ha dado éxito. Lo anterior genera el potencial incumplimiento de los principios de transparencia, economía y responsabilidad previstos en la Ley 80 de 1993[[17]](#footnote-17), así como en los postulados que rigen la Función Pública (artículo 209 Constitución Política), incrementando los riesgos administrativos, riesgos de pérdida física y/o por obsolescencia y el incumplimiento de los objetivos para los cuales fueron adquiridos.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: la respuesta brindada no desvirtúa la debilidad por cuanto, se evidencia un potencial riesgo frente al cumplimiento de los principios de austeridad, economía y responsabilidad, incrementando los riesgos administrativos de pérdida del material impreso contratado por desuso, obsolescencia y el incumplimiento de los objetivos para los cuales fueron adquiridos.

Los recursos públicos deben ser adecuada y oportunamente utilizados. La falta de planeación y de articulación con los procesos para la producción de material institucional, la demora en los sitios de almacenamiento y custodia (por falta de control de quienes lo requirieron) genera desperdicios, pérdida de recursos, obsolescencia en caso de cambios temáticos en la política pública relacionada con la entidad y especialmente, la falta de información final a las partes interesadas, grupos de interés y grupos de valor como a las víctimas sobre la información institucional.

**5.2.7 Riesgo del Archivo de Víctimas.**

La Ley General de Archivo Ley 594 2000[[18]](#footnote-18) y su normativa complementaria, Acuerdo 49 de 2000[[19]](#footnote-19) del Archivo General de la Nación, establecen las condiciones de edificios y locales destinados al archivo. En visita al almacén de la Unidad, realizada el 18 de mayo de 2018, se evidencia la proximidad física entre la zona de almacén y la destinada al archivo documental.

De igual manera se constata la ausencia de barreras adicionales de protección diferentes al muro que separa las áreas citadas. Lo anterior se reviste de la mayor importancia porque en escenarios de siniestro por conflagración o por inundación (por solo citar estos ejemplos), el riesgo de pérdida de la historia física de la Unidad debe ser calificado en la escala como catastrófico.

El equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: No se cuestiona la gestión del archivo, lo que se advierte es una debilidad en el sistema de seguridad física (en cuanto a incendios, inundaciones y sustracciones) lo que puede llegar a afectar el acervo documental de las Víctimas (memoria histórica) y sus procesos en la Unidad.

La memoria histórica de las víctimas es prioritaria y fundamental para brindarles las medidas de reparación y atención, lo que obliga a la entidad a conservar y propender por su adecuada preservación. Adicionalmente es insumo para la misionalidad de la entidad y para el desarrollo de los Acuerdos de Paz para otras institucionalidades.

Por lo anterior, se puede considerar como un riesgo alto para la Unidad, el que no estén contemplados mayores y adicionales sistemas de protección documental física (expedientes de las víctimas), al estar ubicados en forma contigua al almacén de la Unidad, donde se conservan insumos que aumentan el riesgo de conservación documental.

La actual disposición de los elementos del almacén con conexidad al archivo físico, si bien separados por una pared, conlleva a un escenario de falla colateral y por lo tanto de riesgos colaterales. Razón más que suficiente para que la administración tenga en consideración que los riesgos asociados al almacén se deben incrementar a los riesgos del archivo, siendo esta la línea lógica por cuanto el valor de los archivos es incalculable frente a potenciales daños de elementos que fácilmente se pueden reponer.

**5.2.8. Desactualización e Ineficacia del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA.**

En el 2015 la Unidad para las Víctimas adopta el PIGA V2 como instrumento para la planeación, la gestión de los aspectos ambientales, el cumplimiento de la normativa legal vigente, el cumplimiento de los objetivos ambientales y como herramienta para el avance del componente y la responsabilidad ambiental en la Unidad para las Víctimas, sin embargo, a la fecha no se tiene evidencia de su actualización y articulación en el Sistema de Gestión Integral aprobado en el 2017.

La Gestión Ambiental hace parte de la Gestión Pública relacionada directamente con los costos y las responsabilidades ambientales lo que implica que, se utiliza para minimizar los impactos y costos en las organizaciones en cuanto a su administración y consumo de los recursos ya sean hídricos, energéticos o los relacionados con la generación de residuos. Ya sea por compromiso con el medio ambiente o por requerimiento de los entes de control, la implementación del componente ambiental es un requisito normativo y organizacional que debe tener en cuenta los aspectos técnicos y presupuestales para su ejecución, con la formulación de planes, programas, proyectos y sus respectivos medios de evaluación y monitoreo.

El equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: El proceso auditado está actualizando el Plan Institucional de Gestión Ambiental (documento vigente desde 2015) aspecto que debía haber realizado con anterioridad y mantener un instrumento ajustado a todos los requerimientos de ley a los cambios administrativos u operacionales que se presentan, lo que evidencia debilidad del Sistema de Control Interno.

El PIGA, se encuentra desactualizado, por cuanto el publicado en la página WEB el 18 de agosto de 2017 es el PIGA 2015, con metas establecidas para dicha vigencia (2015) bajo dicha incoherencia e inconsistencia no es una herramienta técnica de gestión ambiental para la entidad, lo que genera el riesgo de incumplimiento de la normatividad ambiental vigente aplicable a la Unidad, y evidencia falta de gestión, seguimiento y control de indicadores sin fundamento por tomarse datos de vigencias anteriores.

**5.2.9. Falta de administración con respecto a los bienes en calidad de arrendamiento.**

Al solicitar información sobre los arrendamientos de bienes al Proceso de Gestión Administrativa no se encuentra la relacionada con los contratos 871 de 2017; 872 de 2017 y 879 de 2017. El auditado informa que: *“… Los contratos antes mencionados hacen referencia a la Dirección de Gestión Social y Humanitaria el cual tiene como objetivo el desarrollo de actividades misionales relacionadas con el análisis de riesgo, la coordinación interinstitucional hasta la asistencia humanitaria en la inmediatez para mitigar el impacto de la violencia sobre las víctimas del conflicto armado*”.

En este escenario el Equipo Auditor identifica debilidades del Sistema de Control Interno en cuanto al control de la información emitida por el proceso y supervisión contractual de esos arrendamientos, ya que los que tienen como propósito el funcionamiento de la Unidad cuentan con un manual pero los que corresponden a necesidades misionales no están contemplados dentro de la Gestión del Proceso de Gestión Administrativa, lo que incrementa los riesgos de gestión de bienes inmuebles, control de acciones asociadas a la actividad de arrendatario y disminuye la certeza sobre el control a las obligaciones contractuales.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala: Que al examinar el procedimiento de Servicios Generales cód.710.18.08-2 se tiene evidencia que toda gestión de contratación de inmuebles debe hacerse bajo el mismo procedimiento, los mismos controles y responsabilidades, sin hacer diferencia o exclusión respecto de los bienes arrendados sean para procesos de apoyo o misionales con el fin de lograr los objetivos institucionales.

Es importante aclarar que el Equipo Auditor evalúa y audita los procesos en la entidad de acuerdo con la normativa vigente, lo que faculta revisar y examinar todos y cada uno de los contratos que considere pertinentes, para este caso los que estén en la misma línea de arrendamientos sin que para ello tenga relevancia el objeto contractual y la supervisión de estos.

Los inmuebles vinculados a la entidad para el desarrollo de su misionalidad, a través de contrato de arrendamiento, con independencia a la supervisión sobre estos contratos e independientemente al área misional o de apoyo que los necesiten para el cumplimiento de sus funciones requieren del control y la administración por el área funcionalmente competente para dicha labor como lo es el área administrativa a través del Proceso de Gestión Administrativa. La falta de control puede aumentar los riesgos asociados a su gestión.

**5.2.10 Contrato de Mantenimiento 1293 de 2017:**

La UARIV suscribió contrato de prestación de servicios No. 1293 de 2017, con TEC-CONS INGENIERÍA SAS a través de selección abreviada de menor cuantía con el siguiente objeto: “*Prestar el servicio de mantenimiento integral locativo, incluido mano de obra, con suministros y repuestos a todas las sedes administrativas de la Unidad de Atención y Reparación integral a las Víctimas – UARIV.”*

El valor del contrato fue de $400.000.000 incluido IVA y se ejecutó el 100%, cuyo plazo fue hasta el 31 de diciembre de 2017. Efectuada la revisión de los documentos contractuales se evidencia lo siguiente:

1. En el formato denominado “reporte de mantenimiento preventivo para el sistema de aire acondicionado de Unidad de Víctimas” que el cual contiene campos sin diligenciar como: modelo, serie, registro fotográfico y firmas de quien recibe y/o técnico especializado, documento que no genera certeza de la prestación del servicio del contratista. De acuerdo con lo establecido en el Art. 2 Literal (e) Ley 87 1993.
2. El contratista relaciona factura de venta N.º TC 966 para el pago de septiembre de 2017 por un valor de $149´996.332, al mismo tiempo relaciona dos consolidados de la prestación de los servicios, el primero por un valor de $149´996.332 y el segundo por 160´621.882,37 ubicados en el expediente en los folios 948 y 949. Al efectuar la revisión de los documentos que soportan el consolidado y sumar los valores de los servicios prestados se presenta por valor de $160´713.490, valor superior a lo consignado en la factura en mención y del cual se le efectuó el pago y que no se observa en el expediente un documento con el ajuste del valor, sin embargo, el supervisor manifiesta que este contrato no se ha liquidado.

Lo anterior, presenta debilidad en la supervisión por falta de control en los documentos que soportan la ejecución del contrato suscrito, teniendo en cuenta que, a fin de prevenir riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: La razón expuesta por el auditado frente al diligenciamiento de los formatos no logra superar la incertidumbre que origina el hallazgo. Es evidente que la Unidad posee un sistema integrado de gestión que debe ser observado en su plenitud. Si dentro del mismo o como producto de un contrato se requiere un formato determinado, con unas especificaciones acordadas, ellas se hacen imperativas para las partes y más para los funcionarios que están obligados a cumplir con la normatividad interna.

Aunado a lo anterior, si llega a existir una externalidad insuperable para el servidor y/o para el contratista, es necesario que ella se deje consignada como parte de la trazabilidad de la gestión contractual. Lo contrario es romper los principios rectores de la gestión documental contractual y de soporte al SIG, del cual el área también hace parte integral.

El Equipo Auditor verifica los soportes remitidos por el auditado en relación con esta observación, de donde se colige lo siguiente. La factura No. TC 966 a folio 937 con fecha del 4 de octubre de 2017 reporta un pago total de $149´996.332 IVA incluido. Al hacer la verificación de trazabilidad dentro del marco de las normas de auditoria generalmente aceptadas se tiene que a folio 948 y 949 existen documentos del proveedor que relacionan los costos y las zonas en las cuales se realizaron. En el primero de los folios el valor corresponde a $149´966.332 IVA incluido, valor que es idéntico al facturado en la TC 966. El folio siguiente señala que el monto corresponde a $160´621.882,37 IVA incluido. Como quiera que los dos documentos son suscritos por la Coordinadora de Obra y pertenecen a la misma fecha, el Equipo Auditor le da plena validez a la información allí reportada.

Nótese que existe una diferencia entre las dos planillas arriba relacionadas lo cual genera incertidumbre para el Equipo Auditor. Este escenario se acentúa cuando se corrobora la información contenida en las citadas planillas contra los documentos que reposan en el expediente soportando los valores asociados a las zonas y ciudades. Para ejemplarizar el tema en el formato del folio 949 para la zona Z6 – Sincelejo el valor reportado en la planilla folio 949 es de $12´825.824,92 en tanto que lo reportado en la planilla a folio 948 para la misma zona y ciudad el valor reportado es de $1´832.261. Cotejado contra los soportes que obran en el expediente a folio 1050 se tienen que el valor para la misma zona y ciudad en el mismo periodo corresponde a $ 12´825.824,92 valor que se encuentra reportado en el consolidado a folio 949. Esta misma situación ocurre para la Zona Z2 Villavicencio y la Zona Z7 Quibdó.

Para el Equipo Auditor toda la información que reposa en el expediente contractual debe guardar consistencia y homogeneidad, criterios mínimos que se requieren para generar certeza respecto del manejo financiero del contrato. Lo anterior es un requisito indispensable para superar cualquier incertidumbre relacionada con la gestión financiera y la explicación dada por el auditado no desvirtúa la observación, manteniendo la incertidumbre respecto del verdadero valor que debió haberse cobrado y cancelado, de la gestión del supervisor en cuanto no advertir y dejar trazabilidad de estas situaciones lo que conlleva de manera inexorable al incumplimiento de lo citado en los literales a.), e.), f.) y g.) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

* + 1. **Debilidad documental en la supervisión de los contratos de arrendamientos**:

La UARIV suscribió contrato de arrendamiento 879 de 2017, celebrado con Luis Norberto Martinez Martínez con el siguiente objeto: “*El arrendador entregará en calidad de arrendamiento al arrendatario el terreno de 71 hectáreas ubicado en el departamento del Meta municipio Mapiripan denominado Finca Francy Esnerida para garantizar el alojamiento temporal del Globo 5 y 6 de la comunidad indígena JIW que cuenta reubicación temporal*”, cuyo valor del contrato fue de $49´449.315 incluido IVA y plazo hasta el 31 de mayo de 2018 por modificatorio Nº1, con un avance del 64.7% de ejecución. Efectuada la revisión de los documentos contractuales se evidenció lo siguiente:

1. En el formato denominado “*Informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual*” se encuentran hasta el informe de actividades N.º 9 al periodo comprendido entre el 01/11/2017 al 30/11/2017.
2. En el expediente no reposa el Acta de Entrega del Inmueble en cual se relacionan las condiciones en que se recibe el mismo y su respectivo inventario, dando incumplimiento al numeral nueve del contrato.

Contrato de arrendamiento 871 de 2017, celebrado con Alfredo Castañeda Gaitán con el siguiente objeto: “*El arrendador entregará en calidad de arrendamiento al arrendatario el terreno de 73 hectáreas ubicado en el departamento del Meta municipio Mapiripan denominado Finca el Delirio para garantizar el alojamiento temporal del Globo 1 y 2 de la comunidad indígena JIW que cuenta reubicación temporal*”, cuyo valor del contrato fue de $49´449.315 incluido IVA y plazo hasta el 31 de mayo de 2018 por modificatorio Nº1, con un avance del 76.5% de ejecución. Efectuada la revisión de los documentos contractuales se evidenció lo siguiente:

1. En el formato denominado “Informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual” se encuentran hasta el informe de actividades N.º 11 al periodo comprendido entre el 01/01/2018 al 31/01/2018.
2. En el expediente no reposa el Acta de Entrega del Inmueble en cual se relacionan las condiciones en que se recibe el mismo y su respectivo inventario, dando incumplimiento al numeral nueve del contrato.

Contrato de arrendamiento 872 de 2017, celebrado con Luis Norberto Martinez Martinez con el siguiente objeto: “*El arrendador entregará en calidad de arrendamiento al arrendatario el terreno de 24 hectáreas ubicado en el departamento del Meta municipio Mapiripán denominado Finca San Fernando para garantizar el alojamiento temporal del Globo 3 y 4 de la comunidad indígena JIW que cuenta reubicación temporal*”, cuyo valor del contrato fue de $30´000.000 incluido IVA y plazo hasta el 31 de mayo de 2018 por modificatorio Nº1, con un avance del 70.6% de ejecución. Efectuada la revisión de los documentos contractuales se evidenció lo siguiente:

1. En el formato denominado “Informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual” se encuentran hasta el informe de actividades N.º 9 al periodo comprendido entre el 01/11/2017 al 30/11/2017.
2. En el expediente no reposa el Acta de Entrega del Inmueble en cual se relacionan las condiciones en que se recibe el mismo y su respectivo inventario, dando incumplimiento al numeral nueve del contrato.

Lo anterior, presenta debilidad en la supervisión por falta de control en los documentos que soportan la ejecución de los contratos suscritos, teniendo en cuenta que, a fin de prevenir riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten y que puedan afectar el logro de sus objetivos. De acuerdo con lo establecido en el artículo 2º literal f) de la Ley 87 de 1993.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado contenida en el anexo 1 y frente a la misma señala que: No se comparte las respuestas del auditado referente a las observaciones de los contratos 879 y 871 de 2017, porque si bien es cierto la materia u objeto de la contratación es para Dirección de Gestión Social y Humanitaria, también lo es que el procedimiento de arrendamiento es uno solo en la entidad sin tener en consideración si el arriendo es para uso funcional de la entidad o para uso misional de la misma.

Lo anterior es evidente dentro del SIG, dado que para el Proceso de Gestión Administrativa se ha caracterizado un procedimiento de arriendo sin que en él se haga exclusión alguna. En este escenario, no se cuestiona la ejecución ni la supervisión en relación con un deber del procedimiento de arrendamiento sino, la falta de control por vía de información y de tutela que le corresponde a quien funge como responsable del procedimiento.

1. **DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (HALLAZGOS) IDENTIFICADOS EN EL PROCESO AUDITOR**

A partir de lo evidenciado en el proceso auditor y cotejado, frente a los marcos normativos, administrativos y de gestión, el Equipo Auditor considera que las siguientes situaciones son constitutivas de debilidades (hallazgos) del modelo de control interno y resultado, por lo tanto, deben ser objeto de acciones correctivas por parte del líder con el fin de subsanarlas.

1. Hay debilidad del Sistema de Control Interno por la desactualización del proceso y los procedimientos asociados. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en los literales b), e). y g) del artículo 2° y b), j) y l) del artículo 4º de la Ley 87 de 1993; parágrafo 1º del artículo 2° de la Ley 872 de 2003, lo que aumenta el riesgo en la gestión del proceso, los asociados a la determinación de responsabilidades y los de costos administrativos incluidos los de la no calidad, siendo las potenciales causas el desconocimiento de la normatividad que regula la gestión administrativa pública, la falta de capacitación, la ausencia de seguimiento, monitoreo y control por parte del responsable del SIG. (5.1.1)
2. Debilidad respecto al conocimiento de mecanismos y metodologías de medición. Lo anterior no está conforme con Ley 87 de 1993, artículo 2º literales b) y f); Decreto 1499 de 2017 dimensión Evaluación de Resultados, lo que aumenta el riesgo en la calidad y oportunidad de la toma de decisiones gerenciales, siendo las potenciales causas el desconocimiento de las baterías de medición como herramienta de gerencia, la falta de capacitación en la elaboración e interpretación de los indicadores de la gestión del proceso y procedimientos asociados. (5.1.2).
3. Debilidad en la identificación y controles específicos a los riesgos. Lo anterior no está conforme con la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a), b), d) y f); artículo 3º literal a) y artículo 4º literales b); e); i) y j); Decreto 1499 de 2017 dimensiones de Direccionamiento estratégico y planeación al igual que Gestión con valores para resultado, lo que aumenta el riesgo presencia de eventos no identificados de tipo negativo que afecten el logro de las metas del proceso y su injerencia en las metas y servicios institucionales, siendo las potenciales causas el desconocimiento de los mapas de riesgos como herramienta de gerencia, la falta de capacitación en la identificación y administración de eventos negativos en el marco de las normas técnicas de riesgos. (5.1.3).
4. Incumplimiento en la ejecución de la política de “Cero Papel”. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Directiva Presidencial 4 de 2012, que trata sobre la Eficiencia Administrativa, Lineamientos de la “Política Cero Papel” para la Administración Pública y lo determinado en el artículo 104 de la Ley 1815 de 2016 - Plan de Austeridad del Gasto, lo que aumenta el riesgo de posible vulneración de los principios de austeridad y economía que son de obligatorio cumplimiento para la entidad y riesgo de representaciones erróneas de información de inventarios dentro de los estados financieros, siendo las potenciales causas el desconocimiento de la normatividad que regula el tema de austeridad, la falta de capacitación y un adecuado control y seguimiento por parte del responsable del proceso. (5.2.1)
5. Falta de control de donaciones entregadas a la Unidad para las Víctimas**.** Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003, artículo 4ª, literal c), vigente para la época que es objeto de auditoría; Resoluciones 86 y 135 de la Contaduría General en lo referente a la cuanta 16 y sus dinámicas de propiedad, planta y equipo; el Decreto 1499 de 2017 referente a MIPG en la segunda dimensión y la Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a); e), f); artículo 3º literal a) y artículo 4º literales e), i) y l). Lo anterior aumenta el riesgo de control de bienes, de control de registros, de potencial perdida de bienes y de mala imagen corporativa, siendo las probables causas el desconocimiento de la normatividad, la falta de capacitación, la falta de integración de procesos y la debilidad en el seguimiento y control del responsable del proceso. (5.2.2)
6. Falta de Control sobre los bienes muebles de la Unidad para las Víctimas. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 872 de 2003, artículo 4ª, literal c), vigente para la época que es objeto de auditoría; Resoluciones 86 y 135 de la Contaduría General en lo referente a la cuanta 16 y sus dinámicas de propiedad, planta y equipo; el Decreto 1499 de 2017 referente a MIPG en la segunda dimensión y la Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a); e), f); artículo 3º literal a) y artículo 4º literales e), i) y l). Lo anterior aumenta el riesgo de control de bienes, de control de registros, de potencial perdida de bienes y de mala imagen corporativa, siendo las probables causas el desconocimiento de la normatividad, la falta de capacitación, la falta de integración de procesos y la debilidad en el seguimiento y control del responsable del proceso (5.2.3)
7. Incumplimiento de normativa interna con respecto a la baja de bienes**.** Lo anterior no está conforme con Resoluciones internas de la Unidad Nº 01599 y Nº 00795 de 2017 y 2018 respectivamente y la Ley 87 de 1993 artículo 2º literales b); d), g); artículo 3º literal d) y artículo 4º literales e), i) y j). Lo anterior aumenta el riesgo de obsolescencia, deterioro o perdida de las bajas, generando reprocesos, aumentando los costos asociados a la administración de bienes que deberían haber sido dados de baja, siendo las probables causas la falta de seguimiento, ejecución y control a lo resuelto en los actos administrativos de bajas de inventario. (5.2.4)
8. Falta de Implementación licencias ESIGNA**.** Lo anterior no está conforme con la Ley 872 de 2003 (vigente para la fecha de alcance de auditoria); Circular Conjunta 02[[20]](#footnote-20) del 2003 emitida por la Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación *“Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo”* y Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a), b) y c). Lo anterior aumenta el riesgo de obsolescencia, deterioro y costos administrativos a los cuales se unen los costos de oportunidad. siendo las probables causas el desconocimiento normativo, la falta de gestión comunicativa entre procesos institucionales y la ausencia de seguimiento y control por parte del responsable del proceso. (5.2.5)
9. Acumulación de material institucional e impresos en la bodega y en sedes de la Unidad**.** Lo anterior no está conforme con la Circular Conjunta 02[[21]](#footnote-21) del 2003 emitida por la Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación *“Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo”* y Ley 87 de 1993, artículo 2º, literales a), c) y g). Lo anterior aumenta el riesgo frente al cumplimiento de los principios de austeridad, economía y responsabilidad, incrementando los riesgos administrativos de pérdida del material impreso contratado por desuso y obsolescencia, siendo las probables causas la falta de seguimiento y control del proceso adquiriente y las fallas comunicacionales entre el proceso auditado y aquellos usuarios de la gestión. (5.2.6)
10. Riesgo colateral en el Archivo de Víctimas (Fontibón). Lo anterior no está conforme con la Ley 594 de 2000; el Acuerdo 49 de 2000 del Archivo General de la Nación; MIPG en la dimensión de Información y comunicación; Ley 87 de 1993, artículo 2º, literales a), c), e), f) y g); artículo 4° literales b); e) e i). Decreto 1072 de 2015; Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo artículo 2.2.4.6.25. (Decreto 1443 de 2014, art. 24). Lo anterior aumenta el riesgo de deterioro, daño o perdida de información en soporte físico, reprocesos administrativos y perdida de la memoria histórica, siendo las probables causas el desconocimiento de las medidas de protección documental, la falta de control sobre áreas de gestión colateralmente riesgosas y falta se seguimiento por parte del responsable de los procesos administrativos y documental. (5.2.7)
11. Desactualización e Ineficacia del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA. Lo anterior no está conforme con Ley 87 de 1993, artículo 1º inciso 2º, artículo 2º literales c), d), f) y g) y artículo 4° literales b); e) e i). Lo anterior aumenta el riesgo de incumplimiento de la normatividad ambiental vigente, costos administrativos-ambientales, oportunidad y calidad de las acciones ambientales, siendo las probables causas el desconocimiento del marco normativo ambiental, la falta de capacitación a los servidores de la entidad en los temas ambientales y la ausencia de seguimiento y control por parte del responsable del proceso y del SIG. (5.2.8)
12. Falta de administración con respecto a los bienes en calidad de arrendamiento. Lo anterior no está conforme con Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a); b); c), d), e); f) y g) y artículo 3º literales a) y d) y artículo 4° literales b); e) e i). Lo anterior aumenta el riesgo de gestión, seguimiento y control de los procesos arrendatarios, la información financiera, la gestión de soporte misional, siendo las probables causas la desarticulación informativa y la falla en la gestión por procesos. (5.2.9).
13. Fallas de supervisión en el contrato de mantenimiento No. 1293 de 2017, con TEC-CONS INGENIERÍA SAS. Lo anterior no está conforme con lo citado en los literales a.), e.), f.) y g.) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993. Lo anterior aumenta el riesgo de incumplimiento de los criterios mínimos para generar certeza respecto del manejo financiero del contrato. Las potenciales causas son la falta de gestión y control del supervisor en cuanto a no revisar, advertir y dejar trazabilidad de estas situaciones. (5.2.10).
14. Debilidad documental en la supervisión de los contratos de arrendamientos. Lo anterior no está conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a), e), f) y g). Lo anterior aumenta el riesgo de la gestión documental contractual, potencializa escenarios de reclamaciones e interpretaciones diferentes por las partes contratantes e incide en los riesgos de información financiera, siendo las probables causas el desconocimiento de las obligaciones del supervisor, falta de capacitación en temas administrativos contractuales y debilidad del sistema de control y seguimiento de los procesos administrativo y contractual. (5.2.11)
15. **ASPECTOS SOBRESALIENTES**

El Equipo Auditor evidencia como aspectos positivos en la gestión del Proceso de Gestión Administrativa los siguientes:

1. La actitud y receptividad del grupo auditado**,** aspecto que se enmarca en la dimensión del talento humano de MIPG. Sin duda el carácter abierto y receptivo de los servidores es un campo expedito para realizar y gestionar con éxito planes de mejora que minimicen los impactos negativos de una planeación débil.
2. Los avances con respecto al manejo de la bodega en donde se encuentra ubicado el almacén, aunque hace falta mayor desarrollo en los controles. Aun con las debilidades evidenciadas, el Equipo Auditor considerara que las acciones emprendidas, la gestión adelantada y los deseos de mejorar son situaciones plausibles que se encaminan a resolver las debilidades que en materia de almacén y su correlación documental se presenta en la actualidad y,
3. La disposición para el suministro de la información por parte del equipo auditado en los tiempos acordados.
4. **RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.**

Por no existir Planes de Mejoramiento vigentes, por sustracción de materia no se evalúa este aspecto por parte del Equipo Auditor.

1. **RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN**

El resultado de la gestión de la Secretaria General, dentro de la evaluación por dependencias para el año 2017 fue de 9,3/10.

1. **CONCEPTO DE AUDITORIA**

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno del proceso visto desde el logro de metas, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos. Para cumplir el propósito, se examinaron los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza del proceso. Producto de esta actividad auditora, el Grupo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoria.

El proceso de Gestión Administrativa debe garantizar la logística (de toda índole menos la de tecnología de la información) necesaria para la correcta gestión de los procesos institucionales. En este escenario el sistema de control interno del proceso debe ser intrínseco a todas las actividades del proceso auditado.

El Equipo Auditor evidencia debilidad en los elementos mínimos del sistema de control interno (caracterización de procesos, indicadores de gestión, batería de medición, modelo de control, seguimiento y mejora). Si bien los resultados de las pruebas lo clasifican en un estándar satisfactorio con tendencia a efectivo, las evidencias de auditoria muestran otra realidad.

Se entiende que el auditado tenga una percepción de la gestión en un nivel alto (en promedio con valores iguales o superiores al 70%), ello contribuye a la estima y compromiso en el trabajo, pero cuyos resultados holísticos los cataloga como sobreestimados.

La anterior situación se ejemplariza en la debilidad de control frente al seguimiento y toma de decisiones relacionadas con la actualización de procesos y procedimientos. Esta herramienta de gestión no solo es importante en cuanto determinar los tiempos y movimientos, sino que es la fuente de definición de responsabilidades.

En el mismo escenario se encuentra el mapa de riesgos, por cuanto no recoge eventos previsibles que afectan o pueden afectar la efectiva gestión de apoyo y que al materializarse genera impacto en el devenir de otros procesos institucionales (sea el caso de cortes de servicios públicos, gestión de arrendamientos, por citarlos como ejemplo).

Los indicadores de gestión se catalogan como una herramienta de gerencia que permite conocer en tiempo real, o próximo a él, potenciales desviaciones que implican la toma de decisiones a fin de mitigar la ocurrencia de siniestros. Frente a la debilidad actualmente existente, el proceso carece de un sistema de medición robusto que dé certeza sobre la ejecución de las actividades que lo componen o por lo menos, disminuya el escenario de incertidumbre que se evidencia en el ejercicio auditor.

El seguimiento que se debe hacer desde la perspectiva de la gerencia del proceso se enfrenta a niveles de información débiles y el control que debe ser intrínseco no da valor agregado, ámbito que dificulta el seguimiento como elemento de control interno y, por ende, fuente de toma de decisiones. Este aspecto es suplido más por elementos propios del estilo de dirección relacionados con las capacidades del líder del proceso que por un sistema robusto en el cual se soporte toda acción y las decisiones adecuadamente planeadas.

Una característica que debe tener el proceso de Gestión Administrativa es la comunicación con la red de procesos institucionales. Por una parte, son los rectores de la política administrativa institucional y por otra son cogestores de apoyo administrativo. En el ejercicio auditor se evidencia que los canales comunicacionales y el flujo de información por ellos no son fuertes e incluso tienden a desinformar. Esta situación se refleja en un control compartimentado donde no se reconoce ni ejecutan acciones en ninguno de los aspectos descritos.

Lo anterior se enmarca dentro de la paradoja de los océanos azules y rojos, no en el sentido de la competencia en mercado sino por el contrario en la exclusión de dinamismo y liderazgos del Proceso de Gestión Administrativa frente a la actuación institucional. Este caso se presenta evidente en la determinación de las líneas de gestión y control de los contratos de arrendamiento. Este aspecto puntual muestra el escenario donde la gestión de procesos misionales supera el sistema de control del proceso de Gestión Administrativa, lo que compromete la emisión de alertas tempranas de orden administrativo, financiero, técnico y de contenido jurídico-contractual.

El Equipo Auditor evidencia debilidad del sistema de control interno de especial importancia. El manejo de los inventarios y su natural relación con el Almacén es un caso especial. Cuando la Unidad toma la decisión administrativa de dar de baja elementos (por cualquiera sea la justificación) se hace imperativo cumplir el mandato interno. No obstante, la prueba de recorrido y los análisis documentales muestran una ausencia de control con lo ordenado en el acto administrativo de bajas de almacén.

La permanencia de bienes que son catalogados como bajas tiene implicaciones de tipo administrativo operativo, por una parte, restan especio físico, por otra acarrea costos de bodegaje y de reproceso. Este aspecto trasciende el ámbito de lo administrativo y se encamina a una falta de control y seguimiento. Si bien se puede esgrimir externalidades, ellas no pueden ser óbice para ejecutar la entrega de las bajas de almacén.

En el punto opuesto, se constituye en una falla de control el ingreso de bienes que físicamente no existen. Este aspecto afecto la certeza de la información, muestra la falta de conocimiento del personal encargado del tema y lo que mayor riesgo representa, es evidencia de la ausencia de verificación de acciones o controles de segundo nivel, los que tienen por finalidad dar certeza sobre la gestión.

Estos aspectos no tienen el reconocimiento y rigurosidad necesaria en el modelo de control interno del proceso auditado, lo que reafirma que los canales comunicativos y la información no están controlados ni de manera directa ni por el control cruzados que debe desplegar el proceso contable sobre las actividades del almacén.

El Equipo Auditor dejar una alerta sobre la integridad del archivo físico de las victimas que actualmente está colindante con el almacén y bodega. Durante la prueba de recorrido se evidencia que el archivo (tema que corresponde al proceso de gestión documental) limita con los bienes de almacén. Si bien hay una separación entre los dos escenarios, no existe un estudio que permita establecer con la certeza necesaria que frente a un siniestro en el almacén (conflagración o inundación) el archivo físico de las victimas este plenamente a salvo. En este aspecto se debe tener en consideración que las normas archivísticas determinan las condiciones de salvaguarda de esta invaluable información, que más que un archivo y una memoria historia, representan las vivencias de la población colombiana.

En términos generales, el Grupo Auditor evidencia falla del sistema de control interno en la gestión administrativa que radican en la falta de definición de controles, la falta de seguimiento a dichos controles, la falta de fortaleza en los modelos de riesgos y la notoria ausencia de procesos comunicativos entre el proceso administrativo, la red de procesos institucionales e incluso el proceso de soporte y blindaje como lo es proceso de Gestión Financiera

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar al líder del proceso la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciada en este informe.

**Remisión a otras líneas de auditoria**. Dentro del Plan anual de auditorías de la Oficina de Control Interno 2018 está establecida laestrategia de evaluación y seguimiento y en ella la evaluación correlacional: “*No existen actuaciones, situaciones o circunstancias que no estén interrelacionadas con otras, por esta razón el hecho de realizar una evaluación o seguimiento por parte de Control Interno a una determinada dependencia y/o proceso, no implica que las observaciones y las recomendaciones afecten otras dependencias y/o procesos no evaluadas directamente, (comportamiento sistémico)*”, por lo cual se relacionan los siguientes aspectos con relación a otras auditorías realizadas por esta Oficina

Se identifican aspectos relacionados con la Gestión del Talento Humano. Las situaciones evidenciadas se remiten al Equipo Auditor del Proceso de dicho proceso (Auditoria A1 de 2018), para efectos de realizar la evaluación pertinente respecto de potenciales debilidades del Sistema de Control Interno asociado a las condiciones de salud y seguridad en el almacén y el panorama de riesgos.

De igual manerase evidencia potenciales debilidades del Sistema de Control Interno asociadas a contratos gestionados, elaborados y supervisados en el marco del proceso auditado. Estas situaciones se remiten al Equipo Auditor del Proceso de Gestión Contractual (Auditoria A2 de 2018), para que desde allí se establezca su existencia

Cordialmente,

**JUAN CARLOS CASTELLANOS MAYORGA CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO**

Auditor Líder Jefe Oficina de Control Interno

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

1. COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Decreto 1599. (20, mayo, 2005). Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2005 No.45.920. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ídem. Decreto 1499. (11, septiembre, 2017). Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2017 No.50.353. *Artículo 2. Sustituir el Título 23 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así; ARTÍCULO 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993.*

*Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), podrá realizar actualizaciones y modificaciones al Manual Técnico, con el fin de adecuarlo a las necesidades de fortalecimiento y a los cambios de los referentes internacionales, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.”* [↑](#footnote-ref-2)
3. COLOMBIA, DEPARATAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2017, p - 42 [↑](#footnote-ref-3)
4. COLOMBIA, DEPARATAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Bogotá, D.C., p - 54 [↑](#footnote-ref-4)
5. La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo. [↑](#footnote-ref-5)
6. COLOMBIA, DEPARATAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI. Bogotá, D.C., 2014, p-51 y 58 [↑](#footnote-ref-6)
7. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2017, p - 33 [↑](#footnote-ref-7)
8. Op cit., p - 58 [↑](#footnote-ref-8)
9. Ibid., p - 83 [↑](#footnote-ref-9)
10. Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP Guía para la administración del riesgo. [↑](#footnote-ref-10)
11. Directiva Presidencial 4 De 2012. Bogotá D.C 03 abril 2012. Diario Oficial. No. 48392 [↑](#footnote-ref-11)
12. Ley 1815 del 7 de diciembre de 2016 Bogotá D.C. 7 diciembre de 2016 Diario Oficial No. 50.080 [↑](#footnote-ref-12)
13. Circular Conjunta 2 de 2003 Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación. Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo. Diario Oficial. Bogotá D.C., 03 enero 2003 No. 45429. [↑](#footnote-ref-13)
14. Congreso de Colombia. Ley 734 2002 Código Disciplinario Único. Capitulo Segundo Deberes Diario Oficial 44699 del 5 de febrero de 2002 [↑](#footnote-ref-14)
15. Resolución Unidad para las Victimas N 01599 se autoriza la baja de inventarios de activos fijos muebles inservibles, no requeridos y en desuso, de propiedad de la Unidad para La Atención y Reparación a las Victimas. Bogotá D.C. 29 diciembre 2017 [↑](#footnote-ref-15)
16. Resolución Interna N 00795 del se autoriza el destino final de los bienes muebles propiedad de la Unidad para la Atención y Reparación integral a las Victimas, dados a través de la Resolución 01599 de 2017. Bogotá D.C. 10 de abril 2018 [↑](#footnote-ref-16)
17. Congreso de Colombia. Ley 80 de 1993 Estatuto General de Contratación de la Administración Pública Bogotá Diario Oficial No. 41.094, del 28 de octubre de 1993 [↑](#footnote-ref-17)
18. Ley 594 2000 Ley General de Archivos Archivo General de la Nación. [↑](#footnote-ref-18)
19. . Archivo General de la Nación. Acuerdo 49 DE 2000 Bogotá D. C. Diario Oficial 44.039 del 11 de junio de 2000 [↑](#footnote-ref-19)
20. Circular Conjunta 2 de 2003 Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación. Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo. Diario Oficial. Bogotá D.C., 03 enero 2003 No. 45429. [↑](#footnote-ref-20)
21. Circular Conjunta 2 de 2003 Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación. Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo. Diario Oficial. Bogotá D.C., 03 enero 2003 No. 45429. [↑](#footnote-ref-21)