

El Grupo de Gestión Humana definido para la vigencia los siguientes indicadores:

1.Impacto de las actividades de bienestar social: variables: efecto_salario_emocional+efecto_horario_flexible.

Según los registros del SGI en el avance de la variable efecto salario emocional, se reportó como avance "Medir el efecto del horario flexible" y en la variable efecto horario flexible "En el soporte adjunto se evidencian las diversas alternativas de salario emocional implementadas durante el presente año, en comparación con el período anterior", verificada la ruta, no se evidencia que se haya medido el efecto del salario emocional. En conclusión, no se midió el impacto de las actividades de bienestar, como lo define el indicador.

2.Impacto de las actividades del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo: variables.

Efecto de actividades de vigilancia epidemiológica+efecto de actividades de promoción y prevención+efecto de exámenes médicos ocupacionales. Si bien se describen las actividades realizadas por cada variable, no se mide el impacto de las mismas, tal como lo describe el indicador.

3.Impacto de las capacitaciones con presupuesto:

Si bien se describen las capacitaciones realizadas, no se indica cuáles se realizaron con presupuesto y mucho menos el impacto de las mismas, de acuerdo con el indicador propuesto.

De otra parte, en el Plan Estratégico de Talento Humano, se definieron los siguientes indicadores: 1.Evaluación del nivel de conocimiento adquirido por los servidores que participan en las capacitaciones en un nivel de comprensión a través de la evaluación conocimientos. 2.Medición de la satisfacción de servidores que diligencian la encuesta de bienestar, seguridad y salud en el trabajo y 3.Estrategia para evitar los accidentes e incidentes de trabajo (frecuencia y severidad). Estrategia para evitar las enfermedades laborales (Incidencia y prevalencia). Estrategia para el seguimiento al ausentismo, los cuales difieren de los definidos en el SGI.

OBJETIVO INSTITUCIONAL: Consolidar una gestión pública moderna, eficiente, transparente. focalizada y participativa al servicio de los ciudadanos.

ENTREGABLE	PROGRAMADO	HECUTADO	ANÁLISIS DE RESULTADOS	EVIDENCIA
Proyectos de inversión gestionados y consolidados	12	12	Con base en los soportes relacionados en el SGI y en los registros institucionales de la plataforma PIIP del Departamento Nacional de Planeación, se constató la existencia de reportes mensuales de avance cualitativo y cuantitativo, acuerdos de desempeño, alertas, incidencias, actualizaciones de proyectos y trámites de ajuste con y sin trámite presupuestal, traslados e incorporaciones de recursos, incluyendo los derivados del Convenio 998 de 2025 con la Escuela Superior de Administración Pública y las gestiones ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como evidencias de acompañamiento a las gerencias en el cargue de información, validación de regionalización, cierre de vigencias, actualización de la programación financiera y seguimiento a la ejecución presupuestal, lo que permite verificar la trazabilidad entre planeación, ejecución, ajustes y reporte de los proyectos de inversión durante la vigencia evaluada.	\\Yaksa10020oap\2025\TRD\PROYECTOS\INVERSION\PIIP\ACTUALIZACION_ \\Yaksa10020oap\2025\TRD\PROYECTOS\INVERSION\PIIP\ACTUALIZACION\ESAP_ \\Yaksa10020oap\2025\TRD\PROYECTOS\INVERSION\PIIP\SEGUIMIENTO_ \\Yaksa10020oap\2025\TRD\PLANTA_TEMPORAL
Actualización documental de la información estratégica y estadística de Función Pública	100	75	Con base en los soportes relacionados y los reportes de gestión, se verificó que durante 2025 se adelantaron reuniones y mesas técnicas con la DDO, DEP, DGI, DPTSC y la OTIC para la revisión, depuración, eliminación, mantenimiento y actualización de los conjuntos de datos abiertos, pasando de 22 a 28 conjuntos gestionados, de los cuales 21 fueron actualizados o se encontraban en proceso y 7 quedaron pendientes por la no disponibilidad de vistas y ETL para la extracción de información desde SIGEP y SUIT; igualmente, se constató la ejecución de las actividades asociadas al PNID mediante el cargue y reporte de los entregables 01, 02, 05, 13 y 16, el reporte SICODE, el PETI sectorial y el documento sectorial de gobierno de datos, así como el seguimiento a la hoja de ruta 2025 reportado al Comité Nacional de Datos, y la actualización de la caracterización del proceso de información estratégica y del procedimiento correspondiente, con evidencia de comunicaciones, actas, cargues y reportes que soportan la gestión realizada y permiten establecer el grado de cumplimiento del entregable frente a las actividades programadas.	\\Yaksa10020oap\2025\TRD\ESTADISTICAS\ESTADISTICAS_GESTION_PUBLICA
Administración de la información estratégica y estadística de Función Pública	100	100	Con base en los reportes, anexos y comunicaciones revisados, se constató que durante la vigencia 2025 se efectuó la actualización de visualizaciones, tableros y conjuntos de datos del SIE (incluidos SINERGIA, Universo de Entidades, Servimos, Caracterización del Empleo Público, Régimen Salarial, Planta, Méritocracia y Discapacidad), así como la validación de consistencia, completitud y coherencia de la información reportada por las dependencias a través del SGI y su posterior cargue en la bodega de datos mediante Visual-SIE, OTIC y OneDrive; igualmente, se verificó la ejecución de procesos de analítica institucional con la elaboración, afinamiento, socialización y publicación del Manual de Analítica Institucional, la actualización de procedimientos y protocolos de información estadística, y la operación continua de la bodega de datos mediante el procesamiento y almacenamiento de los conjuntos reportados entre enero y diciembre, lo cual permite establecer que el entregable fue atendido conforme a las actividades programadas y soportado en evidencias documentales de gestión, carga, publicación y control de calidad de la información.	\\Yaksa10020oap\2025\TRD\ESTADISTICAS\ESTADISTICAS_GESTION_PUBLICA \\Yaksa10020oap\2025\TRD\ESTADISTICAS\BODEGA_DATOS
Administración del Riesgo en Función Pública	100	100	Se constató que durante 2025 el Grupo de Mejoramiento Institucional y la Oficina Asesora de Planeación ejecutaron de manera continua las funciones de formulación, actualización, operación y seguimiento del sistema de gestión del riesgo mediante la actualización, consolidación y publicación del mapa de riesgos institucional, la identificación, actualización, inactivación y ajuste de riesgos y controles, la activación y uso de alertas automáticas, la administración y mejora del módulo de riesgos del SGI, el acompañamiento técnico a los 19 procesos mediante mesas de trabajo, talleres y validaciones, y la generación de informes de riesgos presentados ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, evidenciándose la trazabilidad de la gestión a través de actas, comunicaciones, matrices, mapas, informes y repositorios institucionales que permiten verificar la ejecución de las actividades programadas y el cumplimiento del proceso de administración del riesgo durante la vigencia evaluada.	\\YAKSA10021gmi\2025\TRD\PLANES\PLAN_RIESGOS https://www1.funcionpublica.gov.co/planeacion-sectorial-institucional

Formulación y seguimiento de la planeación institucional adelantados	12	12	Con base en los reportes y evidencias examinadas, la Oficina de Control Interno verificó que en la vigencia 2025 se elaboraron y publicaron los informes de ley (informe de gestión 2024, acta de empalme conforme a la Ley 951 de 2005, informes al Congreso, rendición de cuentas y reportes al Consejo de Ministros), se formuló y aprobó el Plan de Acción Anual 2025 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño con participación ciudadana, se efectuó el seguimiento mensual mediante el registro y validación de entregables y actividades en el SGI con actualización de tableros y retroalimentación a las dependencias, se tramitaron ajustes a la planeación aprobados por el CIGD, incluida la incorporación de entregables derivados del Convenio 998 con la ESAP, y se formuló la propuesta del Plan de Acción 2026 a partir de mesas de trabajo y consolidación del documento preliminar, evidenciándose la operación del ciclo de planeación, seguimiento y ajuste con soporte en registros y documentos institucionales.	\\Yaksa\10020oap\2025\TRD\PLANES\ACCION_ANUA\LSEGUIMIENTO
Fortalecimiento de la Gestión Institucional en Función Pública	100	100	Se verificó que durante la vigencia 2025 se desarrollaron actividades en el marco del rediseño y actualización de procesos y procedimientos, validando 17 de 19 caracterizaciones de procesos y avanzando en la estructuración por fases del rediseño institucional. Del mismo modo, se validó que ejecutaron la coordinación y presentación de la evaluación FURAG 2024 con la participación de todas las dependencias, el análisis de resultados y la formulación de acciones de mejoramiento incorporadas al Plan de Mejoramiento Institucional. De igual manera, realizaron el acompañamiento técnico a las áreas para la formulación, seguimiento y cierre de planes de mejoramiento y hallazgos, y gestionaron la actualización y publicación de información estratégica en el portal web institucional y el soporte metodológico para la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública conforme al Decreto 1122 de 2024; igualmente, se constató la ejecución de una auditoría a la operación estadística de la Medición de Desempeño Institucional, dejando actividades en el Plan de Mejoramiento Institucional.	\\YAKSA\10021gmi\2025\TRD\PLANES\PLAN_RIESGOS \\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\INFORMES \\YAKSA\10021gmi\2025\TRD\PLANES\PLANES_MEJORAMIENTO \\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\MANUALES\CONTROL_GMI\AVANCES_SGI \\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\PROGRAMAS\AUDITORIA INTERNA
Medición y resultados del desempeño de procesos	100	100	En ejercicio revisión de la información reportada para el entregable por parte del proceso, evidencia actualización y publicación de la documentación en el SIPG (caracterizaciones, procedimientos, manuales y normogramas) de los procesos de la entidad. Se validó la revisión, ajuste, unificación e inactivación de indicadores estratégicos y transversales, la actualización de fichas técnicas, la elaboración del manual del módulo SGI, la realización de mesas de trabajo con dependencias para su articulación con la planeación institucional, la generación de alertas para el reporte oportuno, el análisis de rezagos, la consolidación y publicación trimestral de matrices e informes de seguimiento, así como la integración de los resultados con FURAG, gestión de riesgos y planes de mejoramiento; estas acciones permiten concluir que el entregable presenta cumplimiento en términos de documentación, estandarización metodológica, monitoreo y reporte periódico del desempeño.	\\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\MANUALES\CONTROL_GMI\AVANCES_SGI
Mejoramiento Institucional Gestionado a través de los Planes	100	100	Se pudo validar la realización de mesas de trabajo para análisis de causas y reformulación de acciones; la depuración, unificación y actualización de hallazgos en el SGI; la formulación y registro de planes de mejoramiento derivados de auditorías internas, reportes a entes de control y la consolidación y diligenciamiento del FURAG; la validación de evidencias para el cierre de planes de mejoramiento; la generación de alertas y reportes periódicos; la presentación de informes a instancias como el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno; y la actualización de herramientas de seguimiento (tableros de control, matrices y reportes en Power BI). Como evidencia se constató la trazabilidad en el módulo de planes del SGI, actas de mesas de trabajo, registros de seguimiento, informes presentados a comités y soportes documentales de cierre validados por la Oficina de Control Interno, lo que permite concluir el cumplimiento del entregable en términos de formulación, seguimiento, reporte y cierre de planes de mejoramiento.	\\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\MANUALES \\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\PLANES\PLANES_MEJORAMIENTO
Metodología de Presupuesto Orientado a Resultado Implementada	100	100	La OCI pudo verificar que la entidad estructuró y actualizó los lineamientos metodológicos, incorporó y publicó en el SIPG el Manual de Planeación Institucional incluyendo una guía específica para la estimación y registro de costos de actividades y entregables, y desarrolló un piloto funcional en el SGI mediante el cual las dependencias realizaron el costeo de sus actividades, registraron dicha información en el sistema y vincularon periódicamente la ejecución presupuestal a los entregables del Plan de Acción institucional, el cual se encuentra publicado en el micrositio de transparencia en la página web institucional. La revisión de la documentación oficial publicada, los informes técnicos de diagnóstico y los registros operativos en el SGI permiten concluir que se dio cumplimiento al entregable en cuanto a la definición del instrumento orientador y a la habilitación e implementación inicial de la herramienta para articular planeación y presupuesto.	\\yaksa\10020OAP\2025\TRD\PLANES\PROPUESTA_METODOLOGIA_PLANEACION_PRESUPUESTO \\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\MANUALES
Nuevo Modelo de Operación por Procesos, puesto en funcionamiento.	100	100	Se evidenció que la dependencia ejecutó las fases de rediseño, validación, actualización documental, migración de información y puesta en producción del nuevo modelo en la intranet institucional. Se constató la actualización y publicación de las caracterizaciones de procesos, el avance progresivo en la documentación de procedimientos, la carga sustancial del normograma, la articulación con OTIC y la Oficina Asesora de Comunicaciones para el desarrollo técnico de la herramienta, así como la realización de talleres, mesas de trabajo y acciones de socialización orientadas a la apropiación institucional. Se recomienda durante el 2026 terminar con el proceso de rediseño de procesos y procedimientos internos. Con fundamento en lo anterior, se concluye que el entregable fue cumplido, encontrándose el MOP en operación y con soporte documental actualizado conforme al alcance definido para la vigencia evaluada.	\\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\PLANES \\Yaksa\10021gmi\2025\TRD\MANUALES

Planificación, programación y seguimiento presupuestal	100	100	Se verificó que el entregable fue cumplido a través del seguimiento mensual a la ejecución de la apropiación vigente en términos de compromisos y obligaciones frente a lo programado, y la generación de alertas a las gerencias cuando se identificaron brechas. Se evidenció la gestión de ajustes presupuestales derivados de modificaciones en inversión, incluida la incorporación de recursos del Convenio 998 de 2025 con la ESAP, así como la validación y trámite de traslados y vigencias futuras. Igualmente, se constató el reporte sectorial mensual al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la revisión y validación de las modificaciones del Plan Anual de Adquisiciones, la elaboración y sustentación del Marco de Gasto de Mediano Plazo, la formulación del anteproyecto 2026, el seguimiento al registro de la ejecución en la PIP y el registro y distribución de la cuota de inversión 2026.	\\Yaksa10020oap\2025\TRD\PROYECTOS\INVERSION\PIPI\SEGUIMIENTO \\Yaksa10020oap\2025\DOCUMENTOS DE APOYO\PRESUPUESTO\PA
Seguimiento a compromisos sectoriales y de gobierno efectuado	12	12	En ejercicio de la evaluación independiente, se verificó que el proceso implementó un esquema de seguimiento, validación y reporte de los compromisos sectoriales y de gobierno, evidenciado en la revisión mensual del cargue de indicadores en SINERGIA, el control y gestión de observaciones en SISCONPES, la actualización de tableros de control sectoriales, la consolidación y presentación de avances del Plan Estratégico Sectorial en comités de gestión y desempeño, así como el reporte periódico de los compromisos del Plan Marco de Implementación en SIPO y en los informes requeridos por directivas presidenciales y entes de control. La evidencia documental revisada (comunicaciones, actas, reportes en plataformas, tableros consolidados e informes remitidos) permite concluir que el entregable se cumple, en tanto se garantiza la trazabilidad del avance, la generación de alertas frente a rezagos y la articulación con las entidades sectoriales y el DNP para la subsanación de observaciones.	\\Yaksa10020OAP\2025\TRD\PLANES\ACCION_ANUAL \\Yaksa10020OAP\2025\TRD\PLANES\INACIONAL_DE DESARROLLO
Seguimiento y análisis de la información estratégica y estadística	100	100	Se verificó que el proceso implementó mecanismos de seguimiento, validación y análisis de la información estratégica y estadística mediante el control del reporte en SGI, la revisión y procesamiento en Visual SIE, la gestión de inconsistencias con las dependencias, la estandarización de plantillas, la integración entre sistemas institucionales y la actualización periódica de datos en el portal de datos abiertos. Asimismo, se evidenció la realización de mesas técnicas, comunicaciones formales, registros de reunión y atención de requerimientos internos y externos, lo que permite concluir que el entregable fue cumplido en la vigencia evaluada, al garantizar trazabilidad y publicación de la información.	\\Yaksa10020oap\2025\TRD\ESTADISTICAS\BODEGA
ESTADO RIESGOS				
La OAP para 2025 identificó 6 riesgos a los que hizo seguimiento periódicamente. De manera general, los riesgos se encuentran formulados conforme a la metodología de Riesgos definida por Función Pública en la Guía para la Administración del Riesgo, identificando evento, causas y consecuencias. No obstante, se evidencian oportunidades de mejora relacionadas con: (i) la delimitación entre causas estructurales y factores externos. (ii) la definición de controles con atributos completos (responsable, periodicidad, acción específica y evidencia verificable). (iii) la diferenciación entre controles preventivos y detectivos. (iv) la trazabilidad entre riesgo, indicador y evidencia objetiva. Asimismo, en varios casos los controles se describen como actividades generales del proceso, sin que se explicita el criterio de validación ni el registro estandarizado que permita verificar su ejecución sistemática. Frente al Riesgo 1 – Código 032, relacionado con la posible afectación económica y reputacional por reducción presupuestal, se identifican oportunidades de mejora en la redacción, particularmente en la precisión del evento de riesgo, toda vez que se requiere analizar si la materialización se configura por la reducción del presupuesto o por desviaciones en la ejecución frente a la planeación. En este sentido, se recomienda revisar su alineación con el objetivo del proceso y precisar el alcance de los controles frente al riesgo formulado, diferenciando causas internas de factores exógenos. Respecto al Riesgo 2 – Código 047, asociado a inconsistencias en la información divulgada en el Sistema de Información Estratégica (SIE), la evidencia documental permite validar la ejecución de actividades de revisión, cruce de datos, validación con dependencias técnicas y control de accesos, con trazabilidad en TRD y soportes de reuniones. Se identifica como punto de mejora la incorporación de un indicador de reprocesos o ajustes posteriores a la publicación, que permita medir la efectividad del control preventivo. Los controles asociados muestran avance en la formalización de criterios técnicos; no obstante, se recomienda consolidar mecanismos estandarizados de validación previa. En relación con el Riesgo 3 – Código 048, vinculado al incumplimiento de compromisos de gobierno y plataforma estratégica, la revisión evidenció seguimiento en plataformas como SISCONPES, SINERGIA y SIPO, así como generación de informes y alertas a comités directivos. El primer control se orienta a la coherencia de la información reportada y el segundo tiene naturaleza detectiva, al operar sobre resultados consolidados. Se sugiere fortalecer la definición de umbrales o criterios objetivos que activen alertas formales, garantizando mayor trazabilidad entre desviación identificada y acción correctiva. Para el Riesgo 4 – Código 065, relacionado con retrasos y demoras derivados de debilidades del SGI, se evidencian solicitudes de ajustes e incidencias comunicadas a la OTIC; sin embargo, el control no define tiempos de respuesta, criterios de priorización ni mecanismos de seguimiento a la implementación de mejoras, configurándose más como acción correctiva que como control estructural. Se recomienda revisar la redacción del riesgo y evaluarlo en el marco del rediseño del SGI y de los procedimientos institucionales, asegurando coherencia con la arquitectura futura del sistema. En el Riesgo 5 – Código 117, referente a la posible afectación fiscal por falta de seguimiento a la ejecución de recursos, la evidencia en el SGI permite validar programación mensualizada, generación de alertas y publicación de reportes en Power BI con corte a 31 de diciembre. No obstante, se recomienda analizar la posible duplicidad conceptual con el Riesgo 032, diferenciar claramente el enfoque fiscal del operativo y revisar la periodicidad del seguimiento en atención a su naturaleza. Finalmente, frente al Riesgo 6 – Código 115, asociado a la fuga de conocimiento, se evidenció verificación documental y almacenamiento en TRD, así como trazabilidad en el repositorio institucional. Sin embargo, los controles se describen en términos generales. Se recomienda incorporar lista de chequeo trimestral documentada o indicador de actualización documental por proceso. En cuanto al control de retención del conocimiento ante situaciones administrativas, se sugiere incluir un registro consolidado anual de eventos gestionados y verificar la oportunidad del diligenciamiento previo a la desvinculación, fortaleciendo la evidencia de ejecución. Conclusión Con base en la evidencia revisada, la Oficina Asesora de Planeación ejecutó durante 2025 actividades de seguimiento, validación y control relacionadas con los riesgos identificados. No obstante, desde la perspectiva de control interno, se requiere fortalecer la precisión técnica en la formulación de los riesgos y la estructuración de los controles, asegurando que estos incorporen todos los atributos metodológicos establecidos por la Guía vigente y permitan una medición objetiva de su efectividad. Se considera necesario que la actualización del mapa de riesgos se articule con el proceso de rediseño de procedimientos y del Sistema de Gestión Institucional, con el fin de garantizar coherencia, trazabilidad y sostenibilidad del sistema de control interno en la vigencia siguiente.				
ESTADO INDICADORES				

En el marco de la evaluación por dependencias correspondiente a la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno analizó los siete (7) indicadores definidos y reportados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), con el propósito de validar su coherencia metodológica, consistencia en el reporte y utilidad para la toma de decisiones.

De manera general, se evidenció que los indicadores cuentan con meta definida y reportes periódicos en el SGI; no obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con: (i) claridad en la formulación técnica del indicador y su variable, (ii) coherencia entre fórmula, unidad de medida y resultado reportado, (iii) consistencia entre el dato cuantitativo y la descripción cualitativa del reporte, y (iv) alineación del indicador con su propósito estratégico, de manera que facilite la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

Observaciones Transversales

- 1. Algunos indicadores requieren reformulación técnica para asegurar coherencia entre nombre, fórmula y resultado.
- 2. Se identifican inconsistencias entre el dato cuantitativo y la narrativa descriptiva en ciertos reportes.
- 3. No en todos los casos se evidencia análisis de desviaciones ni decisiones derivadas del resultado.
- 4. Se requiere fortalecer la estandarización metodológica, incorporando ficha técnica por indicador (definición, fórmula, unidad de medida, periodicidad, fuente y responsable).

Conclusión

Con base en la evidencia revisada, la Oficina Asesora de Planeación realizó seguimiento periódico a sus indicadores durante la vigencia 2025 y generó reportes que permiten visualizar avances operativos y presupuestales. No obstante, desde la perspectiva de control interno, se identifican oportunidades de mejora en la formulación técnica, consistencia metodológica y enfoque estratégico de los indicadores. Se recomienda revisar y ajustar los indicadores, tanto en su redacción como en su fórmula e impacto esperado, garantizando que estos se constituyan en herramientas efectivas para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y para la dirección estratégica del proceso, especialmente en el contexto del rediseño institucional y fortalecimiento del Sistema de Gestión.

ESTADO PLAN DE MEJORAMIENTO

La Oficina de Control Interno efectuó la revisión del estado de los hallazgos registrados en el Plan de mejoramiento Institucional, a través del Sistema de Gestión Institucional (SGI) de la Oficina Asesora de Planeación (OAP), provenientes de resultados FURAG, auditorías de gestión, auditorías externas de calidad y evaluaciones del desempeño del proceso.

Como resultado del análisis, se evidencian las siguientes situaciones:

1. Hallazgos con asignación desactualizada en el SGI

Los hallazgos No. 405 (2020), 458 (2021), 468 (2021), 516 (2022) y 524 (2022) se encuentran asignados a un usuario que actualmente no tiene a cargo su gestión, lo que impide su trámite efectivo. Se requiere actualizar la asignación en el sistema para garantizar continuidad en el seguimiento y cierre.

2. Hallazgos en estado “No procede cierre” sin reformulación de acciones

Los hallazgos No. 457 (2021) y 460 (2021) registran estado “No procede cierre” desde vigencias anteriores, sin que se evidencie replanteamiento formal de acciones correctivas. Se requiere revisar la pertinencia de las actividades formuladas, ajustar el plan de mejoramiento y definir nuevas acciones orientadas a subsanar la causa raíz.

3. Hallazgos con avance reportado susceptible de cierre.

El hallazgo No. 471 (2021) presenta ejecución de las actividades programadas. Se recomienda adelantar la validación correspondiente y gestionar el cierre en el SGI, conforme al procedimiento establecido.

4. Hallazgos de auditoría de gestión 2024 sin estructuración completa del plan.

Los hallazgos No. 568 y 569 (2024) no registran actividades, metas, responsables, periodicidad ni análisis de causa en el sistema, lo cual impide su seguimiento. El hallazgo No. 567 (2024) presenta actividades pendientes de cargue, con fecha proyectada al 30/01/2026 y vinculación a otro hallazgo, situación que requiere claridad en la trazabilidad y autonomía de las acciones correctivas.

5. Hallazgos con actividades vencidas sin reporte de avance

Se evidencian actividades programadas para julio, agosto y diciembre de 2025 sin cargue de avance o evidencia en el sistema, correspondientes a los hallazgos No. 573 (2025), 612 (2024), 628 (2025) y 630 (2025). Esta situación afecta la trazabilidad del plan de mejoramiento y limita la verificación oportuna del cumplimiento de compromisos.

6. Hallazgos con actividades próximas a vencer en 2026

Los hallazgos No. 653 y 671 (2025), derivados de auditoría externa de calidad, presentan actividades programadas para febrero y marzo de 2026, respecto de las cuales se deberá realizar seguimiento preventivo para evitar vencimientos sin reporte.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- 1. Se identifican diferentes oportunidades de mejora en la formulación de riesgos, la estructuración de controles y los indicadores definidos para su seguimiento. En varios casos no se evidencia relación directa entre la causa del riesgo, el control establecido y el indicador que permita medir su efectividad, lo que limita la articulación entre gestión del riesgo y toma de decisiones.
- 2. Algunos controles se describen como actividades generales del proceso y no incorporan de manera completa atributos técnicos como responsable, periodicidad, acción específica, criterio de validación y evidencia verificable, lo que dificulta comprobar su ejecución sistemática y evaluar su contribución a la mitigación del riesgo.
- 3. En los indicadores de gestión se presentan inconsistencias entre nombre, fórmula, unidad de medida y resultados reportados. En ciertos casos el dato cuantitativo no guarda coherencia con el análisis descriptivo, y no siempre se precisan denominadores, líneas base o criterios de interpretación, lo que afecta la claridad del seguimiento.
- 4. La gestión de planes de mejoramiento en el SGI evidencia hallazgos de vigencias anteriores sin cierre efectivo, asignaciones desactualizadas, actividades vencidas sin reporte y registros sin estructuración completa de causa, meta, responsable y periodicidad, situación que limita la verificación del tratamiento de las causas identificadas.
- 5. El seguimiento institucional a la información estratégica y presupuestal se realiza conforme a los reportes definidos; sin embargo, el análisis se concentra principalmente en el cumplimiento formal, sin que en todos los casos se evidencie definición de umbrales, análisis de desviaciones o evaluación de tendencias.
- 6. Se observa predominio de controles con enfoque detectivo que operan sobre resultados consolidados, con limitada evidencia de mecanismos preventivos estructurados que permitan anticipar desviaciones en riesgos estratégicos, fiscales y de gestión de información.

Recomendaciones

- 1. Realizar un ajuste integral de la matriz de riesgos, revisando la redacción de los eventos, delimitando causas internas y factores externos, y asegurando que cada control incorpore responsable, periodicidad, acción específica, criterio de validación y evidencia estandarizada.
- 2. Fortalecer la naturaleza preventiva de los controles mediante la definición de criterios objetivos de activación y mecanismos de alerta temprana que permitan intervenir antes de la materialización del riesgo.
- 3. Estandarizar técnicamente los indicadores a través de ficha técnica obligatoria que incluya definición, fórmula validada, unidad de medida, línea base, meta, fuente de información, periodicidad y responsable, verificando la coherencia entre resultado numérico y análisis cualitativo.
- 4. Asegurar la vinculación directa entre indicadores y riesgos, de manera que el seguimiento permita medir la efectividad de los controles y genere insumos para decisiones de ajuste o reformulación cuando se presenten desviaciones.
- 5. Depurar y actualizar de manera integral los planes de mejoramiento en el SGI, reasignando responsables cuando corresponda, reformulando hallazgos en estado “No procede cierre”, estructurando completamente los registros incompletos y estableciendo seguimiento periódico a actividades vencidas.
- 6. Articular la actualización de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento con el rediseño del Sistema de Gestión Institucional, garantizando coherencia entre planeación, ejecución, seguimiento y mejora como soporte para la toma de decisiones de la Alta Dirección.

Elaboró: Daniel Ruiz.

Aprobó: Jorge Iván de Castro.