

MEMORANDO

Para: CESAR ANDRES RESTREPO FLOREZ
DESPACHO SECRETARIO DE SEGURIDAD

De: OFICINA DE CONTROL INTERNO

Asunto: INFORME DE SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS. (PERIODO DEL 1 DE JULIO DE 2023 AL 31 DE MARZO DE 2025).

Cordial saludo, Dr. Restrepo Florez:

En cumplimiento de lo estipulado en el Artículo 17 del Decreto 648 de 2017, relativo al rol de “*Evaluación y Seguimiento*” definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y en el marco de la política de operación N. 16 del procedimiento Planes de Mejoramiento Interno PD-SM-4, la Oficina de Control Interno presenta el Informe de Seguimiento a la Efectividad de los Planes de Mejoramiento Internos cerrados en el periodo del 1 de julio de 2023 y el 31 de marzo de 2025. A partir de este seguimiento, se concluye lo siguiente:

- Se identificó un 39% de ineffectividad respecto de la totalidad de los planes de mejora evaluados (46 de 119) y un 36% en las acciones (70 de 193), lo que evidencia que, aunque existe cumplimiento en la ejecución de las acciones establecidas, persisten debilidades en la formulación de acciones, dado que las mismas no subsanan la causa-raíz del incumplimiento reportado por la Oficina de Control Interno.
- Los procesos de Gestión Documental (100% en planes y acciones), Fortalecimiento Institucional (75% planes – 83% acciones) y Atención al Ciudadano (78% planes – 80% acciones) se consolidan con prácticas efectivas que pueden servir de referencia y modelo para otros procesos.
- En contraste, se evidencian bajos niveles de desempeño, especialmente los procesos de soporte como Acceso y Fortalecimiento a la Justicia (13% planes – 15% acciones), Gestión de Tecnologías de la Información (15% planes – 19% acciones), Gestión Jurídica (0% en planes y acciones) y Gestión de Recursos Físicos (29% en planes y acciones), que requieren una intervención prioritaria debido a su impacto transversal.
- El análisis específico por cada plan y acción evaluada se encuentra en el “*Anexo_1_Consolidado_Efectividad_2025*” que hace parte integral de este informe, el cual ofrece la trazabilidad completa y constituye el soporte técnico para la toma de decisiones y la definición de medidas correctivas.

Finalmente, es preciso informar que, el informe adjunto será publicado en la sección de transparencia de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia en la siguiente ruta:
<https://scj.gov.co/transparencia/planeacion-presupuesto-ingresos/informes-control-interno>

Cordialmente,



KAROL ANDREA PARRAGA HACHE
JEFE DE OFICINA CONTROL INTERNO

c.c.e.: IVAN HERSAYN PINILLA HERRERA-DIRECCION DE TECNOLOGIAS Y SISTEMAS DE LA INFORMACION
RAFAEL MAURICIO SOPO SOLANO-DIRECCION DE RECURSOS FISICOS Y GESTION DOCUMENTAL
ADA LUZ SANDOVAL HERAZO-OFCINA CENTRO COMANDO, CONTROL, COMUNICACIONES Y COMPUTO C-4
ALBERTO SANCHEZ GALEANO-SUBSECRETARIA DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA
LINA MARIA TORO TAMAYO.-SUBSECRETARIA DE ACCESO A LA JUSTICIA
CLAUDIA PATRICIA ALMEIDA-SUBSECRETARIA DE INVERSIONES Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES OPERATIVAS
REINALDO RUIZ SOLORZANO-SUBSECRETARIA DE GESTION INSTITUCIONAL
VILMA PATRICIA FERREIRA LUGO-DIRECCION DE GESTION HUMANA
SERGIO ANDRES MORALES RIVERA-DIRECCION JURIDICA Y CONTRACTUAL

Anexos: -1

Elaboró: INGRID BEATRIZ ACOSTA VELASQUEZ
Revisó: KAROL ANDREA PARRAGA HACHE-OFCINA DE CONTROL INTERNO -
Aprobó: KAROL ANDREA PARRAGA HACHE

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO. (periodo del 1 de julio de 2023 al 31 de marzo de 2025).

2025

Contenido

| | |
|--|----|
| 1. OBJETIVO..... | 3 |
| 2. ALCANCE..... | 3 |
| 3. NORMATIVIDAD..... | 3 |
| 4. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS...3 | |
| 4.1 Acciones Evaluables del Plan de Mejoramiento en Términos de Efectividad..... | 3 |
| 5. CONCLUSIONES..... | 14 |
| 6. RECOMENDACIONES..... | 14 |

1. OBJETIVO.

Evaluar la efectividad de las acciones de mejora registradas en el plan de mejoramiento interno (en adelante PMI) cerradas por esta oficina en el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2023 al 31 de marzo de 2025.

2. ALCANCE.

El presente seguimiento comprende el análisis de 214 acciones registradas en el Plan de Mejoramiento Interno, cerradas por la OCI en el periodo comprendido entre el periodo del 1 de julio de 2023 al 31 de marzo de 2025.

3. NORMATIVIDAD.

- Procedimiento Planes de Mejoramiento Interno PD-SM-4 V.09

4. RESULTADOS DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS.

Con el propósito de fortalecer la gestión institucional y garantizar la mejora continua de los procesos, la Oficina de Control Interno llevó a cabo la evaluación de la efectividad de las acciones previstas en el Plan de Mejoramiento Interno, lo que permitirá determinar el nivel de impacto alcanzado y la recurrencia de las observaciones, proporcionando valoraciones objetivas que servirán como insumo para la toma de decisiones estratégicas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Es importante señalar que, conforme a lo estipulado en la política de operación N. 16 del procedimiento Planes de Mejoramiento Interno PD-SM-4 V.09, cuando una acción sea calificada como inefectiva se generará una nueva observación, la cual deberá incorporarse al plan mediante acciones adicionales orientadas a subsanar la causa raíz. Asimismo, si la inefectividad se presenta de manera consecutiva, se informará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) para la adopción de las decisiones pertinentes.

Para el presente seguimiento se utilizaron las siguientes herramientas para consulta, consolidación y análisis de la Información: Portal MIPG (Inicio > Mejora > Reportes > Reporte por acciones), Papeles de Trabajo Internos (000. Matriz Efectividad; Anexo_Efectividad_V0).

4.1 Acciones Evaluables del Plan de Mejoramiento en Términos de Efectividad.

A la fecha, se registran 128 planes, los cuales están compuestos por un total de 214 acciones en estado “Cerrada” o “Cerrada Extemporáneamente”. Estas acciones, al momento de elaborar la presente evaluación, cuentan con más de seis (6) meses de implementación y cierre por parte de esta oficina. La clasificación de dichas acciones se presenta de acuerdo con el proceso correspondiente, de la siguiente manera:

| Proceso | Cant. Planes | Cant. Acciones | Porcentaje por plan | Porcentaje por acción |
|--|--------------|----------------|---------------------|-----------------------|
| Acceso y Fortalecimiento a la Justicia | 17 | 42 | 13% | 20% |
| Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas | 19 | 23 | 15% | 11% |
| Atención y Relación con el Ciudadano | 5 | 9 | 4% | 4% |
| Direccionamiento estratégico | 8 | 11 | 6% | 5% |
| Fortalecimiento Institucional | 4 | 6 | 3% | 3% |
| Gestión Contractual | 11 | 11 | 9% | 5% |
| Gestión de Emergencias | 15 | 35 | 12% | 16% |
| Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad | 9 | 10 | 7% | 5% |
| Gestión de Seguridad y Convivencia | 8 | 15 | 6% | 7% |
| Gestión de Tecnologías de la Información | 11 | 18 | 9% | 8% |
| Gestión Documental | 2 | 2 | 2% | 1% |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 17 | 29 | 13% | 14% |
| Gestión Jurídica | 2 | 3 | 2% | 1% |
| Total, general | 128 | 214 | 100% | 100% |

Tabla N. 1 Elaboración OCI, Fuente: Matrices de consulta y consolidación propias de la OCI 2025

El equipo de la Oficina de Control Interno (OCI) evaluó la efectividad de 193 acciones correspondientes a 119 planes de mejora. Para algunos procesos se aplicó un esquema de muestreo, dado el volumen significativo de acciones registradas. Esta metodología permitió optimizar los recursos disponibles, garantizar la representatividad de los resultados y mantener la rigurosidad técnica del ejercicio, asegurando que las conclusiones obtenidas reflejen de manera objetiva el comportamiento general de los planes de mejora.

| Procesos | Total, Planes de Mejoramiento evaluados | Total, Acciones evaluadas |
|--|---|---------------------------|
| Acceso y Fortalecimiento a la Justicia | 16 | 40 |
| Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas | 17 | 20 |
| Atención y relación con el ciudadano | 5 | 9 |
| Direccionamiento Estratégico | 9 | 12 |
| Fortalecimiento Institucional | 4 | 6 |
| Gestión Contractual | 9 | 9 |
| Gestión de Emergencias | 13 | 26 |
| Gestión de Recursos Físicos | 7 | 7 |
| Gestión de Seguridad y Convivencia | 7 | 13 |
| Gestión de Tecnologías de la Información | 13 | 21 |
| Gestión Documental | 2 | 2 |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 16 | 27 |

| Procesos | Total, Planes de Mejoramiento evaluados | Total, Acciones evaluadas |
|-----------------------|---|---------------------------|
| Gestión Jurídica | 1 | 1 |
| Total, general | 119 | 193 |

Tabla N. 2 Elaboración OCI Fuente: Matrices de consulta y consolidación propias de la OCI 2025

Como resultado de esta evaluación, se obtuvieron los siguientes resultados por proceso:

| Proceso | Total, Efectivas por plan | Total, Inefectivas por plan | Total, Efectivas por Acción | Total, Inefectivas por Acción | % de efectividad por plan | % de efectividad por acción |
|--|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Acceso y Fortalecimiento a la Justicia | 14 | 2 | 34 | 6 | 13% | 15% |
| Administración de Bienes Muebles e Inmuebles | 9 | 8 | 12 | 8 | 47% | 40% |
| Atención y Relación con el Ciudadano | 1 | 4 | 2 | 7 | 80% | 78% |
| Direccionamiento estratégico | 5 | 4 | 7 | 5 | 44% | 42% |
| Fortalecimiento Institucional | 1 | 3 | 1 | 5 | 75% | 83% |
| Gestión Contractual | 6 | 3 | 6 | 3 | 33% | 33% |
| Gestión de Emergencias | 9 | 4 | 18 | 8 | 31% | 31% |
| Gestión de Recursos Físicos | 5 | 2 | 5 | 2 | 29% | 29% |
| Gestión de Seguridad y Convivencia | 4 | 3 | 7 | 6 | 43% | 46% |
| Gestión de Tecnologías de la Información | 11 | 2 | 17 | 4 | 15% | 19% |
| Gestión Documental | | 2 | | 2 | 100% | 100% |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 7 | 9 | 13 | 14 | 56% | 52% |
| Gestión Jurídica | 1 | | 1 | | 0% | 0% |
| Total | 73 | 46 | 123 | 70 | 39% | 36% |

Tabla N. 3 Elaboración OCI, Fuente: Matrices de consulta y consolidación propias de la OCI 2025

Lo anterior, permite concluir que a nivel entidad la ineffectividad de los planes y las acciones que los componen son:

| Ineffectividad | Total, Evaluadas | Total, Inefectivas | % de ineffectividad |
|----------------|------------------|--------------------|---------------------|
| Por Plan | 119 | 46 | 39% |
| Por Acción | 193 | 70 | 36% |

Tabla N. 4 Elaboración OCI, Fuente: Matrices de consulta y consolidación propias de la OCI 2025

Los planes que fueron calificados como **inefectivos (46)**. Se listan a continuación:

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|--|---|---|
| Direccionamiento Estratégico | 436 | <p>En el seguimiento realizado en segundo semestre de 2024 comunicado por medio del memorando radicado N. 3-2025-7942, Fecha: 27/02/2025, se indicó "La acción se encuentra CERRADA en el Portal Mipg modulo Mejoras, sin embargo, esta oficina evidenció inefectividad en la acción correctiva, toda vez que en el presente seguimiento se evidenció nuevamente indicadores con soportes y análisis del comportamiento del indicador faltantes". Por lo anterior, se elevó nuevamente observación asociada a las debilidades que se presentan en el reporte y cargue de soportes documentales por parte de la 1LD, así como en el monitoreo realizados por la 2LD en el Portal MIPG para los indicadores de gestión activos. Por lo anterior, se presenta reiteración en la situación identificada, lo que indica que la acción de mejora propuesta no fue efectiva al no atacar la causa raíz que origina la recurrencia en las falencias de monitoreo a los indicadores de gestión.</p> <p>Por otra parte, derivado de la observación registrada en el informe radicado 3-2025-7942, Fecha: 27/02/2025, se formuló el plan de mejora 544 que registra 3 acciones con fecha de finalización en los meses de septiembre 2025. los cuáles serán evaluadas en el seguimiento correspondiente al II semestre 2025.</p> <p>En consecuencia, se concluye que la medida adoptada resultó inefectiva.</p> |
| Acceso y Fortalecimiento a la Justicia | 470 | <p>En la vigencia 2025, se observan 24 contratos a cargo de la supervisión del CER, los cuales fueron validados en Secop II (SCJ-567-2025, SCJ-573-2025, SCJ-574-2025, SCJ-576-2025, SCJ-579-2025, SCJ-580-2025, SCJ-601-2025, SCJ-615-2025, SCJ-638-2025, SCJ-760-2025, SCJ-802-2025, SCJ-857-2025, SCJ-873-2025, SCJ-874-2025, SCJ-891-2025, SCJ-912-2025, SCJ-975-2025, SCJ-1079-2025, SCJ-1192-2025, SCJ-1348-2025, SCJ-1370-2025, SCJ-1419-2025, SCJ-1479-2025, SCJ-1724-2025), del total se encontró que para la publicación y uso del plan de pagos, no se está haciendo uso correcto del módulo, debido a que las facturas se encuentran sin pagar, enviadas por el proveedor y otras están rechazadas sin que se evidencie el seguimiento por parte de la supervisión.</p> |
| Acceso y Fortalecimiento a la Justicia | 454 | <p>La acción se califica como INEFECTIVA, toda vez que, si bien fue ejecutada conforme a lo establecido, no logró el cumplimiento total del propósito definido, al evidenciarse durante la verificación realizada el 7 de noviembre de 2025 que cuatro documentos del proceso asociados a diferentes equipamientos (PD-AJ-1, PD-AJ-11, PD-AJ-13 y PD-AJ-19) presentan desactualización y novedades frente al cumplimiento de la Guía "Elaboración y Control de Documentos del Sistema de Gestión G-FI-01".</p> <p>La falta de actualización de estos documentos afecta la coherencia y trazabilidad del proceso dentro del Sistema de Gestión, lo que limita la eficacia de las medidas implementadas y evidencia debilidades en el control documental y en la sostenibilidad de la acción ejecutada.</p> |
| Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas | 415 416 418 420 421 422 423 | <p>Las acciones formuladas se declaran inefectivas, toda vez que los resultados del Informe de Actuación Especial de Fiscalización – Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, Código de Auditoría N.º 155, diciembre de 2025, evidencian la persistencia de las situaciones identificadas. En dicho informe se evaluó el control fiscal interno relacionado con el mantenimiento, reparación, combustible, RTM y SOAT del parque automotor adquirido por la SDSCJ y entregado en comodato a los diferentes organismos de seguridad, así como la operatividad y el funcionamiento del aplicativo SIMBA, durante las vigencias 2023, 2024 y 2025.</p> |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|--|--------------------------|--|
| | | Los resultados evidencian que, si bien el diseño y la existencia de los controles obtuvieron una calificación del 92,51%, valorada como Adecuada, la efectividad de los controles alcanzó únicamente el 36,43%, calificándose como Inefectiva, y la calidad y eficiencia del control fiscal interno obtuvo una calificación del 45,14%, valorada como Ineficiente; situación que demuestra la necesidad de fortalecer e implementar controles más efectivos en los procesos de mantenimiento del parque automotor, gestión y uso del aplicativo SIMBA, suministro y control del combustible, así como en el seguimiento y control de los bienes entregados en comodato, con el fin de promover la mejora continua y garantizar el adecuado uso de los recursos públicos. |
| Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas | 412 | De acuerdo con comités de contratación se ha logrado evidenciar que existen procesos recurrentes que no se han tramitado en términos para que la entidad continúe prestando el servicio. Algunos de estos son los mantenimientos de vehículos, motocicletas, bicicletas, operador logístico. |
| Atención y relación con el ciudadano | 400 401 403 493 | En el presente informe de seguimiento con corte a 31 de agosto de 2025, se observa que, persiste la misma condición respecto al incumplimiento de los términos establecidos, no obstante, se tiene el plan mejora N. 547 derivado del informe de seguimiento radicado N. 3-2025-16098 del 30/04/2025, que atiende la misma condición detectada. |
| Direccionamiento estratégico | 434 | Con base en la acción formulada, se evidenció Circular 004 del 3 de octubre de 2024 mediante la cual se establecieron lineamientos y actualizaciones al Plan Anual de Adquisiciones; sin embargo al revisar la versión 61 del Plan Anual de Adquisiciones publicado el 12 de noviembre de 2025, se identificó duplicidad en las líneas 13088 y 11207, adicionalmente se evidenció que 22 líneas presentan diferencias entre el valor total estimado y el valor estimado en la vigencia actual por un total de \$ 2.715.430.363. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que la acción no produjo los resultados esperados y se considera inefectiva, dado que persisten debilidades en la actualización y seguimiento del PAA. |
| Direccionamiento Estratégico | 435 | En el seguimiento realizado en segundo semestre de 2024, elevó nuevamente observación asociada a las debilidades que se presentan en el reporte y cargue de soportes documentales por parte de la 1LD, así como en el monitoreo realizados por la 2LD en el Portal MIPG para los indicadores de gestión activos. Por lo anterior, se presenta reiteración en la situación identificada, lo que indica que la acción de mejora propuesta no fue efectiva al no atacar la causa raíz que origina la recurrencia en las falencias de monitoreo a los indicadores de gestión. Asimismo, en el informe de seguimiento de los indicadores de gestión correspondientes al primer semestre de 2025, se evidencia la persistencia de la observación inicialmente detectada. En consecuencia, se concluye que la medida adoptada resultó inefectiva . Por otra parte, como se encuentra el plan de mejora 544 con dos acciones en estado abierto, se sugiere a la OAP, adelantar las acciones necesarias que subsanen las causas identificadas. |
| Direccionamiento Estratégico | 432 | En el seguimiento realizado a la observación relacionada con la aplicación de los criterios de accesibilidad en documentos digitales, establecidos en el Anexo 1 de la Resolución 1519 de 2020 del MinTIC, se evidenció que persisten las debilidades |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|-------------------------------|---------|---|
| | | <p>identificadas en vigencias anteriores. Durante la mesa de trabajo entre la Dirección de Tecnología y Sistemas de Información (DTSI) y el área de Comunicaciones, en la revisión aleatoria efectuada al sitio web institucional, se identificaron documentos publicados que aún no cumplen con los criterios de accesibilidad exigidos, tales como la posibilidad de búsqueda interna. Los siguientes son ejemplos del incumplimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • https://scj.gov.co/sites/default/files/2025-10/ESTADO%20DE%20RESULTADOS.pdf • https://scj.gov.co/sites/default/files/2025-07/ESTADO%20DE%20SITUACION%20FINANCIERA%20_0.pdf • https://scj.gov.co/sites/default/files/2025-10/EJECUCION%20RESERVAS%20SEP%202025%20UE2.pdf • https://scj.gov.co/sites/default/files/2024-10/Manual%20de%20Supervisi3n%20MA-JC-2%20%281%29.pdf • https://scj.gov.co/sites/default/files/circular_11_2020_gh.pdf <p>Por lo expuesto, se determina que la acci3n implementada es inefectiva, dado que no se evidencia la correcci3n total de la situaci3n observada ni el cumplimiento integral del requisito normativo.</p> |
| Fortalecimiento Institucional | 450 | En el INFORME DE EVALUACI3N DE CONTROLES ASOCIADOS A LOS RIESGOS DE GESTI3N I TRIMESTRE 2025, comunicado con el radicado 3-2025-19262 de fecha: 16/05/2025, numeral 4.3 Revisi3n de la efectividad de las acciones de mejora, se inform3 que el plan 450 fue inefectivo. |
| Gesti3n Contractual | 343 | En la vigencia 2025, se observan 38 contratos a cargo de la supervisi3n del Subsecretario de Seguridad y Convivencia, en este sentido se validaron en Secop II 19 de contratos, (SCJ-24-2025, SCJ-33-2025, SCJ-45-2025, SCJ-46-2025, SCJ-54-2025, SCJ-65-2025, SCJ-67-2025, SCJ-81-2025, SCJ-82-2025, SCJ-90-2025, SCJ-91-2025, SCJ-92-2025, SCJ-96-2025, SCJ-97-2025, SCJ-140-2025, SCJ-165-2025, SCJ-199-2025, SCJ-275-2025 y SCJ-436-2025), de los cuales SCJ-33-2025 y SCJ-96-2025, cuentan con errores de diligenciamiento en Secop II y SCJ-92-2025 no cumple con la vigencia estipulada en el estudio previo y en la minuta del contrato. |
| Gesti3n Contractual | 347 | Se realiza validaci3n de los documentos de designaci3n de comit3 evaluador de los procesos SCJ-SASIE-1-2025, SCJ-SASIE-3-2025, SCJ-SASIE-4-2025, SCJ-SASIE-5-2025 y SCJ-CMA-001-2025 encontrando que no se ajusta a los tiempos para la designaci3n del comit3 evaluador establecidos en los procedimientos PD-GCT-12 y PD-GCT-09. |
| Gesti3n Contractual | 433 | Mediante radicado 3-2025-26305 del 3 de julio de 2025, se realiz3 solicitud de informaci3n para el Seguimiento al PAA I semestre 2025, dentro de lo cual se requiri3 el Acta del comit3 de Contrataci3n en el cual se aprob3 el PAA. Frente a lo anterior se adjunt3 el Acta No 1 del 2 de enero de 2025, sin embargo, la misma no cuenta con la firma del secretario. |
| Gesti3n de Emergencias | 473 | <p>Resultado de las validaciones realizadas el d3a 20 de noviembre de 2025 en visita in situ a las instalaciones del C4, se verifico que el 31 de marzo de 2025 fue actualizado el procedimiento en la actividad No. 17 "Resultado de las validaciones realizadas el d3a 20 de noviembre de 2025 en visita in situ a las instalaciones del C4"</p> <p>Por consiguiente en el marco de la evaluaci3n de efectividad, se procedi3 a correr la prueba de aplicaci3n del procedimiento para el periodo de abril a octubre de 2025 y se solicit3 a la dependencia las cifras de evaluaciones y monitoreos vigencia 2025, encontrando lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durante el periodo de abril a julio (periodo en el que ya se encontraba en ejecuci3n el procedimiento actualizado) se realizaron un total de 5.349 evaluaciones de las |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|------------------------|---------|---|
| | | <p>cuales en el mes julio se realizaron un total de 2 socializaciones y en el mes de agosto se realizó un total de 504 socializaciones.</p> <p>2. Se evidencia nuevamente inoportunidad en la socialización de los resultados del monitoreo a los operadores de recepción del NUSE, teniendo en cuenta que en lo corrido de la vigencia solamente se han realizado 2 socializaciones (julio 2 agosto 504).</p> <p>En ese sentido, aunque el proceso manifestó inconvenientes en la contratación de personal para el primer semestre de 2025 y dificultades en la operación del sistema SIGEM, se observó que la acción formulada no elimina la causa raíz que origino la observación, por ende, persisten las debilidades en la aplicación oportuna de las socializaciones de las evaluaciones a los operadores NUSE.</p> |
| Gestión de Emergencias | 479 | <p>Resultado de las validaciones realizadas el día 20 de noviembre de 2025 en visita insitu a las instalaciones del C4 se identificó que el documento relacionado en la acción de mejora (FORMACIÓN PARA EL SISTEMA NUSE - Operadores de la SUR y Operadores de las Entidades de Despacho - G-GE-05) no relaciona información de la formulación e implementación de los planes de mejora suscritos para atender la identificación de fallas leves, graves y muy graves de los operadores NUSE.</p> <p>Aunado a lo anterior, se identificó que en lo corrido de la vigencia no se han realizado planes de mejora, ya que según lo manifestado por el proceso los primero planes iniciarían en el mes de noviembre de 2025</p> <p>En consecuencia, la acción se cierra de manera inefectiva, teniendo en cuenta que no se ejecutó correctamente, por lo que el proceso de gestión de emergencias continua con ausencia de documentación asociada a la formulación e implementación de los planes de mejora.</p> |
| Gestión de Emergencias | 385 | <p>En el marco del seguimiento a la observación relacionada con el uso de formatos oficiales para la administración de usuarios en el sistema Seguros, la nomenclatura de identificación de usuarios, la gestión de contraseñas, la sincronización de relojes de los componentes del sistema de videovigilancia y la falta de evidencia sobre registros de pausas de grabación, esta Oficina realizó validación directa con el C4 y con el contratista que soporta la operación del sistema de video vigilancia. En relación con el registro de usuarios, se evidenció que actualmente se está utilizando el formato F-GT-285 V.7 "Solicitud Administración de Usuarios", lo que refleja un avance en el control formal de las cuentas matriculadas en el sistema Seguros. Asimismo, se verificó que la nomenclatura oficial nombre. Apellido se encuentra en aplicación para los usuarios que acceden al sistema, en concordancia con la Política de Seguridad y Privacidad de la Información. Del mismo modo, se informó que se adelanta un plan de trabajo para actualizar los identificadores de usuarios asociados al personal de la Policía Nacional que opera en los COSEC. No obstante, persiste la existencia de usuarios genéricos activos, los cuales aún están en proceso de ajuste dentro del plan mencionado.</p> <p>Respecto al componente de contraseñas, en la prueba realizada se confirmó que el sistema Seguros no cuenta con funcionalidades para parametrizar políticas de autenticación, tales como longitud mínima, mezcla de caracteres, frecuencia de cambio o vencimiento automático. Frente a la sincronización de relojes, se efectuaron pruebas con dos servidores, identificándose desfases de un minuto y diez segundos en el primero, y aproximadamente diez segundos en el segundo. El equipo del C4 informó que revisará la sincronización con los servidores del nivel central. Adicionalmente, se indicó que los puntos de videovigilancia (cámaras) no cuentan con sincronización uniforme, dado que su configuración debe realizarse individualmente. Finalmente, al consultar si el sistema registra en logs el momento</p> |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|---|------------|---|
| | | <p>en que una cámara es pausada, el C4 señaló que no se ha determinado con precisión y que será necesario realizar pruebas adicionales para verificar si dicha información queda consignada en el registro.</p> <p>Con fundamento en lo verificado, si bien se observan avances y gestión, persisten aspectos que no han sido corregidos y que fueron objeto de observación en la auditoría inicial, particularmente en lo relacionado con la permanencia de usuarios genéricos, la falta de políticas efectivas de contraseñas, la desincronización de relojes en componentes del sistema de videovigilancia y la ausencia de evidencia clara de registro de eventos de pausa de grabación.</p> |
| Gestión de Emergencias | 482 | <p>En el marco de la verificación realizada al estado de las sillas utilizadas en las áreas del C4 CAD de la Policía y en la Sala Única de Recepción SUR, se efectuó una visita de campo con el fin de validar las condiciones físicas de los elementos reportados en la observación inicial. Durante la revisión se identificaron nuevamente sillas con daños o afectaciones físicas, evidenciando deterioro en el tapizado, fallas en los mecanismos de soporte, falta de descansabrazos y apoyo lumbar, derivando en el uso de sillas estáticas que no cumplen con las condiciones requeridas para la operación.</p> <p>Entendiendo la gestión realizada por entidad y dado que las condiciones observadas persisten que permita mitigar los riesgos asociados, las acciones asociadas al plan de mejoramiento se declaran inefectivas.</p> |
| Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad | 360 | <p>La acción se declara inefectiva, toda vez que la situación identificada persiste, al no evidenciarse una alineación efectiva entre las funciones asignadas mediante el Decreto 413 de 2016 y las actividades que actualmente ejecuta la Dirección de Recursos Físicos y Gestión Documental en materia de supervisión contractual, específicamente en lo relacionado con la Cárcel Distrital.</p> <p>Ahora bien, en el Informe Final de Auditoría Interna de Gestión a los Procesos de Fortalecimiento Institucional y Direccionamiento Estratégico, comunicado mediante memorando 3-2024-42988, se identificó que el proyecto 8230, correspondiente a la meta “Realizar el 100% del servicio de mantenimiento locativo y dotación (infraestructura) de las sedes al servicio de la SDSCJ”, fue asignado como gerente de meta a la Dirección de Recursos Físicos y Gestión Documental, pese a que, conforme a lo establecido en el artículo 29 del citado Decreto, sus funciones se circunscriben a la administración y mantenimiento de equipos menores. En contraste, el artículo 24 del Decreto 413 de 2016 asigna a la Dirección de Bienes la administración y mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles destinados a la seguridad, convivencia y acceso a la justicia, incluyendo actividades asociadas a obras de infraestructura, mantenimiento preventivo y correctivo, lo cual evidencia que la coordinación de dichas funciones continúa recayendo en una dependencia distinta a la establecida normativamente.</p> |
| Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad | 495 | <p>Se evidencia la elaboración y publicación en el portal de MIPG del Plan de Manejo de Bienes inmuebles de acuerdo con la información requerida en el artículo 29 del Decreto 062 de 2024, en el que se señala la ruta de acción, plazos para la disposición de dichos activos. Sin embargo, no se evidencia su aplicación.</p> |
| Gestión de Seguridad y Convivencia | 280 281 | <p>En la vigencia 2025, se observan 38 contratos a cargo de la supervisión del Subsecretario de Seguridad y Convivencia, en este sentido se validaron en Secop II 19 de contratos, (SCJ-24-2025, SCJ-33-2025, SCJ-45-2025, SCJ-46-2025, SCJ-54-2025, SCJ-65-2025, SCJ-67-2025, SCJ-81-2025, SCJ-82-2025, SCJ-90-2025, SCJ-91-2025, SCJ-92-2025, SCJ-96-2025, SCJ-97-2025, SCJ-140-2025, SCJ-165-2025, SCJ-199-2025, SCJ-275-2025 y SCJ-436-2025), del total se encontró que para la publicación y uso del plan de pagos, no se está haciendo uso correcto del módulo,</p> |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|---|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|--|
| | | debido a que las facturas se encuentran sin pagar, enviadas por el proveedor y otras están rechazadas sin que se evidencie el seguimiento por parte de la supervisión. | | | | | | | | | | |
| Gestión de Seguridad y Convivencia | 288 | En la vigencia 2025, se observan 38 contratos a cargo de la supervisión del Subsecretario de Seguridad y Convivencia, en este sentido se validaron en Secop II 19 de contratos, (SCJ-24-2025, SCJ-33-2025, SCJ-45-2025, SCJ-46-2025, SCJ-54-2025, SCJ-65-2025, SCJ-67-2025, SCJ-81-2025, SCJ-82-2025, SCJ-90-2025, SCJ-91-2025, SCJ-92-2025, SCJ-96-2025, SCJ-97-2025, SCJ-140-2025, SCJ-165-2025, SCJ-199-2025, SCJ-275-2025 y SCJ-436-2025), de los cuales SCJ-33-2025 y SCJ-96-2025, cuentan con errores de diligenciamiento en Secop II y SCJ-92-2025 no cumple con la vigencia estipulada en el estudio previo y en la minuta del contrato. | | | | | | | | | | |
| Gestión de Tecnologías de la Información | 307 | <p>En seguimiento del Plan de Mejoramiento 307, relacionada con las debilidades en la administración de riesgos de seguridad de la información frente a los pilares de integridad y confidencialidad del sistema SIAP, se realizó mesa de trabajo conjunta con la Dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información y el líder funcional del proceso de Gestión Humana – Nómina. En este espacio se verificó el estado actualizado de los requerimientos funcionales inicialmente reportados, identificándose que cinco casos continúan abiertos desde los años 2020, 2021 y 2022.</p> <p>La DTSI presentó las gestiones adelantadas para cada caso, indicando que, aunque existen avances parciales en términos de revisión técnica, desarrollo inicial, despliegue en producción o programaciones futuras de validación, ninguno de los cinco requerimientos cuenta con cierre definitivo. Entre las principales razones identificadas se encuentran ajustes pendientes de visualización, dependencia de recursos presupuestales para completar desarrollos, validaciones funcionales no concluidas, restricciones derivadas de lineamientos de seguridad institucional y la necesidad de realizar pruebas adicionales con el área funcional.</p> <p>A pesar de los avances expuestos por la DTSI, la permanencia prolongada de los requerimientos abiertos evidencia que las acciones implementadas no han logrado resolver la causa raíz de la observación, manteniéndose rezagos que afectan la administración oportuna del riesgo. En consecuencia, el Plan de Mejoramiento 307 se declara inefectivo, toda vez que no se ha alcanzado el resultado esperado en términos de cierre técnico y funcional de los requerimientos asociados.</p> | | | | | | | | | | |
| Gestión de Tecnologías de la Información | 320 | <p>Durante la verificación del repositorio de información de proyectos compartido por la DTSI, se revisaron 10 carpetas de proyectos y se evidenció que persisten falencias en la disponibilidad y diligenciamiento de los formatos obligatorios. Los faltantes identificados fueron:</p> <table border="0"> <tr> <td>P01: F-GT-930, F-GT-935</td> <td>P02: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936</td> </tr> <tr> <td>P03: F-GT-930, F-GT-935</td> <td>P05: F-GT-930, F-GT-935</td> </tr> <tr> <td>P06: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936</td> <td>P07: F-GT-930, F-GT-935</td> </tr> <tr> <td>P08: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936</td> <td>P09: F-GT-930, F-GT-935</td> </tr> <tr> <td>P10: F-GT-930, F-GT-935</td> <td></td> </tr> </table> <p>Adicionalmente, no se encontró en el repositorio el formato F-GT-931 – Portafolio de Proyectos, requerido para la consolidación, priorización y seguimiento integral del conjunto de proyectos TI de la Entidad.</p> <p>A partir de esta verificación, se concluye que la acción implementada por la DTSI es inefectiva, debido a que no se subsanan las causas de la observación original, permanecen inconsistencias en el cumplimiento del procedimiento PD-GT-04 versión 6, y continúa el incumplimiento en la implementación y uso de los formatos mínimos establecidos para la gestión de proyectos TI.</p> | P01: F-GT-930, F-GT-935 | P02: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936 | P03: F-GT-930, F-GT-935 | P05: F-GT-930, F-GT-935 | P06: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936 | P07: F-GT-930, F-GT-935 | P08: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936 | P09: F-GT-930, F-GT-935 | P10: F-GT-930, F-GT-935 | |
| P01: F-GT-930, F-GT-935 | P02: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936 | | | | | | | | | | | |
| P03: F-GT-930, F-GT-935 | P05: F-GT-930, F-GT-935 | | | | | | | | | | | |
| P06: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936 | P07: F-GT-930, F-GT-935 | | | | | | | | | | | |
| P08: F-GT-930, F-GT-935, F-GT-936 | P09: F-GT-930, F-GT-935 | | | | | | | | | | | |
| P10: F-GT-930, F-GT-935 | | | | | | | | | | | | |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|--|------------|---|
| Gestión Documental | 488 | <p>Algunas actividades contenidas en el plan de trabajo 2025, finalizan el 31-12-2025, Adicionalmente, en el Informe Final de Auditoría Interna al Proceso Gestión Documental de 2025. Rad. 3-2025-40881 del 09-10-2025 Numeral 7.5.1. Tablas de retención documental - TRD, se identificó que aún no hay actualización de las TRD, lo cual formaba parte de la acción 488 de 2024; lo cual fue constatado en reunión con el área de Gestión Documental, por lo cual, al detectarse nuevamente la subsistencia de una de las situaciones que dieron origen a la observación de la OCI en 2024 se puede determinar que la acción es una Acción Inefectiva.</p> <p>Se indicó la persistencia de la situación detectada en la OBSERVACIÓN No. 12</p> |
| Gestión Documental | 489 | <p>En el Informe Final de Auditoría Interna al proceso de Gestión Documental, radicado mediante el memorando N° del 09-10-2025, se señala en el numeral 7.4.3 que el seguimiento a la efectividad del Plan de Mejora N° 489 de 2024 resultó en una acción inefectiva. Asimismo, se evidenció la persistencia de la situación previamente identificada en la Observación N° 10</p> |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 324 325 | <p>En el Informe Final de Seguimiento al procedimiento PD-GH-19 Declaración de Conflicto de Interés en el ejercicio del Servicio Público, radicado bajo el número 3-2024-39489 del 29-11-2024, se señala en el numeral 5.3 la evaluación de la efectividad de las acciones consignadas en el Plan de Mejoramiento Interno de la vigencia 2023, derivadas del seguimiento anterior sobre conflicto de interés. El resultado evidenció una acción inefectiva, indicando la persistencia de la situación previamente detectada.</p> |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 332 | <ol style="list-style-type: none"> Vigencia 2024. Se identificó en Informe de Seguimiento al cumplimiento de la Circular 10 de 2020 de la CNSC y Directiva 15 de 2022 de la PGN. Rad. 3-2024-11288 del 27-03-2024 que en su numeral 5.4 Cumplimiento del deber de realizar las evaluaciones de desempeño del segundo semestre del periodo 2023-2024 en oportunidad. Acción Inefectiva. Se indicó la persistencia de la situación detectada mediante observación No. 1. Vigencia 2025. Se identificó en Informe de Seguimiento al cumplimiento de la Circular 10 de 2020 de la CNSC y Directiva 15 de 2022 de la PGN. Rad.3-2025-12333 del 31-03-2025, que en su numeral 5.4. Oportunidad en la realización de las Evaluaciones de Desempeño Laboral -EDL- correspondientes al primer periodo 2024-2025. Acción Inefectiva. Se indicó la persistencia de la situación detectada mediante observación No. 1 |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 394 | <p>Teniendo presente que, la extemporaneidad en las fechas de Evaluación de Desempeño Laboral -EDL- ha sido una constante identificada mediante los seguimientos al cumplimiento de la normatividad de carrera como se puede observar en recuento que se presenta a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigencia 2023. Informe de Seguimiento al cumplimiento de la Circular 10 de 2020 de la CNSC y Directiva 15 de 2022 de la PGN. Rad. 3-2023-34367 del 29-09-2023. Vigencia 2024. Informe de Seguimiento al cumplimiento de la Circular 10 de 2020 de la CNSC y Directiva 15 de 2022 de la PGN. Rad: 3-2024-11288 del 27-03-2024. Numeral 5.4 Cumplimiento del deber de realizar las evaluaciones de desempeño del segundo semestre del periodo 2023-2024 en oportunidad. Generó: Observación No 1. Debilidad en el cumplimiento de los términos máximos para realizar las evaluaciones de desempeño laboral del segundo periodo 2023-2024, inaplicando el numeral 1 del art 2.2.8.1.4. del Decreto 1083 de 2015 y el numeral 2- Circular 10-2020-CNSC. Vigencia 2025 - Informe de Seguimiento al cumplimiento de la Circular 10 de 2020 de la CNSC y Directiva 15 de 2022 de la PGN. Rad.3-2025-12333 |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|--|------------|---|
| | | <p>de fecha 31-03-2025. Numeral 5.4. Oportunidad en la realización de las Evaluaciones de Desempeño Laboral -EDL correspondientes al primer periodo 2024-2025. Generó: Observación No 1. Debilidad en el cumplimiento de los términos máximos para realizar las evaluaciones de desempeño laboral del primer periodo 2024-2025, inaplicando el numeral 1 del art 2.2.8.1.4. del Decreto 1083 de 2015 y el numeral 2- Circular 10-2020-CNSC.</p> <p>Por lo anterior, es claro que las acciones establecidas para superar la situación detectada no han surtido efecto, toda vez que la situación se ha reiterado en los años 2024 y 2025. Si bien la acción 394 fue cerrada el 31-03-2025 coincidiendo con la emisión del informe en mención de la presente vigencia, es claro que las acciones al respecto no son efectivas.</p> |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 322 | <p>Se realizó verificación aleatoria de 22 formatos F-GH-368 V.3 INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTE del periodo comprendido entre el 01-01-2025 al 31-10-2025, encontrándose que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persisten debilidades en el diligenciamiento y uso del formato de investigación de accidentes e incidentes debido a que: para 2 de estos no se observó la firma del jefe inmediato o supervisor del trabajador accidentado, lo cual también se evidenció en el diligenciamiento del FORMATO INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO (Resolución 1401 de 2007) de la ARL POSITIVA para el accidente grave de un funcionario. • Adicionalmente en 6 de los F-GH-368 V.3 INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTE no se evidenció la firma del encargado del desarrollo del programa del SST. |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 326 | <p>Según se indicó en el INFORME DE SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE LA LEY 581 DE 2000 (LEY DE CUOTAS) Y REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (SIDEAP) 2023-2024, comunicado por medio del radicado 3-2024-31588 con fecha de 30/09/2024, la inoportunidad bajó significativamente del 75% al 8%, sin embargo, fue reportada como una oportunidad de mejora. Por lo anterior, se repite la situación detectada, lo que señala que el plan de mejora sugerida no fue efectiva porque no abordó la causa raíz que origina la recurrencia en la inoportunidad de presentación de los reportes mensuales.</p> |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 328 | <p>Según se indicó en el INFORME DE SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO DE LA LEY 581 DE 2000 (LEY DE CUOTAS) Y REPORTE DE INFORMACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (SIDEAP) 2023-2024, comunicado por medio del radicado 3-2024-31588 con fecha de 30/09/2024, se reportó la inefectividad del Plan.</p> |
| Gestión Estratégica del Talento Humano | 359 407 | <p>Durante la verificación realizada en el marco del seguimiento al plan de mejoramiento, se evidenció que persisten las deficiencias señaladas en la observación inicial relacionadas con el cumplimiento de la Directiva 011 de 2013 y la Circular 047 de 2017. Si bien se constató que la entidad efectuó el reporte correspondiente al segundo semestre de 2025 mediante el radicado 2-2025-77739 del 12 de octubre, dicho envío se realizó de manera extemporánea frente al plazo establecido (13 de junio). Adicionalmente, se verificó que el reporte correspondiente al semestre anterior, con fecha límite del 13 de diciembre de 2024, no fue emitido. Como resultado, se determina que la acción implementada no ha sido efectiva, dado que no se evidencia el cumplimiento oportuno y continuo de la obligación normativa.</p> |
| Fortalecimiento Institucional | 452 | <p>Para el Plan 452 se generaron 2 acciones una con fecha de finalización en 31-10-2024 y la otra 31-12-2024. Con base en los resultados del seguimiento a controles asociados a riesgos realizado para el III trimestre de 2025 y comunicado mediante memorando 3-2025-50467 del 11 de diciembre del mismo año, el plan se califica</p> |

| Proceso | N° Plan | Resultado de la evaluación y/o recomendaciones OCI |
|-------------------------------|---------|---|
| | | como inefectivo dada la repetición de las debilidades relacionadas con los reportes de evidencias de la ejecución de controles. |
| Fortalecimiento Institucional | 453 | Para el Plan 453 se generaron 2 acciones una con fecha de finalización en 31-12-2024 y la otra 31-10-2024. Con base en los resultados del seguimiento a controles asociados a riesgos realizado para el III trimestre de 2025 y comunicado mediante memorando 3-2025-50467 del 11 de diciembre del mismo año, el plan se califica como inefectivo dada la repetición de las debilidades relacionadas con los reportes de evidencias de la ejecución de controles. |

Tabla N. 5 Elaboración OCI, Fuente: Matrices de consulta y consolidación propias de la OCI 2025

5. CONCLUSIONES.

- Se identificó un 39% de inefectividad respecto de la totalidad de los planes de mejora evaluados (46 de 119) y un 36% en las acciones (70 de 193), lo que evidencia que, aunque existe cumplimiento en la ejecución de las acciones establecidas, persisten debilidades en la formulación de acciones, dado que las mismas no subsanan la causa-raíz del incumplimiento reportado por la Oficina de Control Interno.
- Los procesos de Gestión Documental (100% en planes y acciones), Fortalecimiento Institucional (75% planes – 83% acciones) y Atención al Ciudadano (78% planes – 80% acciones) se consolidan con prácticas efectivas que pueden servir de referencia y modelo para otros procesos.
- En contraste, se evidencian bajos niveles de desempeño, especialmente los procesos: Acceso y Fortalecimiento a la Justicia (13% planes – 15% acciones), Gestión de Tecnologías de la Información (15% planes – 19% acciones), Gestión Jurídica (0% en planes y acciones) y Gestión de Recursos Físicos (29% en planes y acciones), que requieren una intervención prioritaria debido a su impacto transversal.
- El análisis específico por cada plan y acción evaluada se encuentra en el “Anexo_1_Consolidado_Efectividad_2025” que hace parte integral de este informe, el cual ofrece la trazabilidad completa y constituye el soporte técnico para la toma de decisiones y la definición de medidas correctivas.

6. RECOMENDACIONES

- Optimizar, en trabajo conjunto entre los procesos auditados y la Oficina Asesora de Planeación, la formulación de los planes de mejoramiento y sus acciones, de manera que la identificación de la causa raíz sea más precisa y permita orientar las acciones hacia su minimización o eliminación, evitando reincidencias.
- Fortalecer el diseño y la implementación de controles internos, garantizando que las acciones de mejora estén dirigidas directamente a mitigar la causa raíz de las debilidades identificadas.

- Establecer mecanismos de seguimiento y retroalimentación continua dentro de los procesos, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas adoptadas y prevenir la recurrencia de observaciones.

Elaboró



Ingrid Beatriz Acosta Velásquez
Contratista Oficina de Control Interno

Revisó



Andrea del Pilar Alejo
Contratista Oficina de Control Interno

Aprobó



Karol Andrea Parraga Hache
Jefe Oficina de Control Interno