

MEMORANDO

Para: CESAR ANDRES RESTREPO FLOREZ
DESPACHO SECRETARIO DE SEGURIDAD

De: OFICINA DE CONTROL INTERNO

Asunto: INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO I TRIMESTRE
2026

Cordial saludo, Dr. Restrepo Florez:

En relación con los destinatarios de informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones emitidos por la Oficina de Control Interno el Parágrafo 1º del Artículo 2.2.21.4.7 del Decreto 1083 de 20151 y el Numeral 2 del Artículo 325 del Decreto Distrital 640 de 2025 establecen que estos **“(...) *tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, (...)”*** (Negrita y subrayado fuera de texto).

En este sentido y de conformidad con lo establecido en el Decreto 648 de 2017, en desarrollo del rol de “*Evaluación y Seguimiento*”, y dando cumplimiento a las actividades contempladas en el Plan Anual de Auditoría Vigencia 2026, le comunico el resultado del **seguimiento al Plan de Mejoramiento Interno correspondiente al primer trimestre de 2026**, el cual al cierre del periodo de seguimiento se encontraba conformado por 65 planes de mejoramiento que agrupaban un total de 88 acciones de mejora, y respecto del cual se concluye lo siguiente:

- El 85% de los planes de mejoramiento vigentes corresponde a planes formulados en las vigencias 2024 y 2025, lo que evidencia una alta carga de planes heredados de períodos anteriores.
- El 23% de las acciones de mejora (21 acciones) fueron cerradas de manera oportuna, al ejecutarse dentro de los plazos establecidos, mientras que el 5% (4 acciones) se cerraron de forma extemporánea.
- De las 55 acciones que se encuentran en estado de ejecución, 22 tienen fecha de finalización prevista para el segundo trimestre de 2026. Estas acciones se distribuyen en siete (7) procesos:

- i. Acceso y Fortalecimiento a la Justicia,
- ii. Atención y Relación con el Ciudadano,
- iii. Direccionamiento Estratégico, Fortalecimiento Institucional,
- iv. Gestión Contractual,
- v. Gestión Documental y;
- vi. Gestión Estratégica del Talento Humano.

Por lo anterior se requiere que estas sean priorizadas por los responsables de su ejecución.

- Al 31 de marzo de 2026, se identifican ocho (8) acciones en estado “*vencido*” (2 correspondientes a 2024, 3 a 2025 y 3 a 2026), las cuales no se han ejecutado en su totalidad. Frente a estas acciones, y una vez revisadas en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 26 de marzo de 2026, se impartió la directriz de que los líderes de los procesos responsables gestionaran las actividades necesarias para culminar su ejecución y proceder con el cierre extemporáneo de los planes de mejoramiento asociados.

En relación con la evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento realizada durante el primer trimestre de 2026, se concluye que:

- El 58% de los planes evaluados fue calificado como inefectivo (7 de 12), lo que genera alertas relevantes para la Alta Dirección, en la medida en que la persistencia de planes inefectivos incrementa el riesgo de incumplimiento normativo, limita la capacidad del sistema de gestión y de control interno para prevenir y mitigar eventos adversos, y afecta la confiabilidad de la información utilizada para la toma de decisiones.

En este sentido, se advierte la necesidad de impulsar acciones estructurales orientadas a fortalecer la responsabilidad de los líderes de proceso en la gestión de sus riesgos y controles, así como a consolidar un acompañamiento metodológico riguroso y oportuno en la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento, con el fin de asegurar su efectividad y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales, en coherencia con el MECI integrado al MIPG.

Con el fin de fortalecer la gestión de los planes de mejoramiento, se presentan las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar la formulación, seguimiento y cumplimiento de las acciones definidas, promoviendo resultados medibles y efectivos, las cuales se presentan a continuación:

1. A los procesos responsables realizar de manera oportuna el seguimiento y el reporte de las evidencias en el Portal MIPG-ITS, de acuerdo con la Política Operacional N.º7 del Procedimiento PD-SM-4:

“El reporte de seguimiento por parte del Líder del Proceso del avance en la gestión de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento Interno debe realizarse en el aplicativo de gestión y/o herramienta dispuesta a más tardar cinco (5) días hábiles antes del cierre del mes a reportar o a la fecha de finalización de la acción.”

Así mismo, si se identifica alguna circunstancia que pudiera implicar un retraso en los tiempos de ejecución establecidos, los procesos responsables deberán aplicar la Política Operacional N.º 8 del mismo procedimiento, relacionada con la reformulación o reprogramación de acciones:

“El Líder del Proceso Auditado o Directivo que identifique un posible riesgo de incumplimiento frente al tiempo de ejecución de las acciones podrá solicitar con treinta (30) días hábiles de antelación a la fecha de cumplimiento de la acción, una prórroga no mayor a noventa (90) días hábiles, la cual debe hacerse por correo electrónico a la jefatura de la Oficina de Control Interno. En caso de requerir la modificación de acciones (reformular, eliminar, adicionar, etc.), estará sujeta a la evaluación independiente que realiza la Oficina de Control Interno y la nueva fecha de terminación de la(s) acción(es), no podrá superar los seis (6) meses, contados a partir de la fecha de su modificación, sin superar los doce (12) meses en total. Es importante, aclarar que lo mencionado anteriormente se puede solicitar una sola vez y debidamente justificado.”

2. En cuanto a la efectividad de las acciones del Plan de Mejoramiento, se recomienda a los procesos responsables de planes calificados como Inefectivos, redefinir las acciones de mejora a partir del análisis de causas, asegurando que estas guarden una relación directa y verificable con las debilidades identificadas, incorporando criterios de resultado, mecanismos de seguimiento y evidencias objetivas que permitan evaluar su impacto real, en ejercicio del autocontrol y la autogestión del proceso.

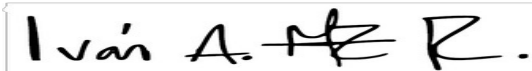
Ahora bien, se debe señalar que en cumplimiento de lo dispuesto en el literal e, del Artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, la cual dispone la publicación de todos los informes de gestión, evaluación y auditoría del sujeto obligado, el presente informe será publicado en la página web institucional, en el botón de Transparencia, en la siguiente ruta:

Botón Transparencia y Acceso a la Información Pública → Planeación, Presupuesto e Informes → Informe de la Oficina de Control Interno → Informes de Ley y/o Seguimiento → 2026.

Así mismo, conviene señalar que la respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional del cuerpo directivo de la SDSCJ así como de los responsables de los diferentes lineamientos evaluados, más se incentiva la consideración de las “Recomendaciones” en la construcción de los planes de mejora a que haya lugar para el mejoramiento del Sistema de Gestión y de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad en aras de mitigar los riesgos asociados a la operación institucional.

Finalmente, es preciso manifestar que, la Oficina de Control Interno desarrolla las actividades de auditoría interna bajo los principios de independencia, objetividad y enfoque basado en riesgos, en cumplimiento de los roles asignados en el Decreto 648 de 2017 y conforme lo establecido la Ley 87 de 1993, la Guía de Auditoría Interna para entidades públicas y la Guía de Roles de las Oficinas de Control Interno (Función Pública, 2023). El propósito de esta labor es aportar valor a la gestión institucional mediante la evaluación de controles, riesgos y cumplimiento normativo para la toma de decisiones informada y objetiva por parte de la alta dirección en relación con el sostenimiento del Sistema de Gestión y de Control Interno.

Cordialmente,



IVAN ARTURO MARQUEZ RINCON
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
JULIAN PONTON SILVA-OFCINA ASESORA DE PLANEACION
HECTOR ARMANDO OSPINA OSPINA-OFCINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO
ADA LUZ SANDOVAL HERAZO-OFCINA CENTRO COMANDO, CONTROL, COMUNICACIONES Y COMPUTO C-4
LINA MARIA TORO TAMAYO.-SUBSECRETARIA DE ACCESO A LA JUSTICIA
ANDREA ELIZABETH ZAMBRANO CABRERA-DIRECCION DE OPERACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO
JIMMY YSMAEL MORENO LIZCANO.-DIRECCION DE GESTION HUMANA
ANA MARIA MORENO GARCIA-DIRECCION JURIDICA Y CONTRACTUAL
PATRICIA RODRIGUEZ DIAZ-DESPACHO SECRETARIO DE SEGURIDAD

Anexos: -1

Elaboró: ANDREA DEL PILAR ALEJO RUIZ
Revisó: SANDRA LILIANA MARTINEZ MENDEZ-OFCINA DE CONTROL INTERNO -
Aprobó: IVAN ARTURO MARQUEZ RINCON

Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento Interno - Corte 31 de Marzo de 2026

2026

Oficina de Control Interno



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SEGURIDAD, CONVIVENCIA
Y JUSTICIA



Tabla de Contenido

1.	OBJETIVO.	3
1.1.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.	3
2.	ALCANCE.	3
3.	METODOLOGÍA.	3
4.	CONCLUSIONES	3
5.	RECOMENDACIONES	4
6.	RESULTADOS.	5
6.1.	Plan de Mejoramiento Interno a 31 de marzo 2026.	5
6.1.1.	Estado General del Plan de Mejoramiento Interno a 31 de marzo de 2026.	6
6.1.2.	Gestión del Plan de Mejoramiento Interno a 31 de marzo de 2026.	7
6.2.	Alertamiento preventivo cierre de acciones II trimestre 2026.	9
6.3.	Evaluación de efectividad a Planes de Mejoramiento.	10
6.3.1.	Acciones del PMI Objeto de Evaluación de Efectividad.	11
6.3.2.	Resultados de la Evaluación de Efectividad.	11

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO A CORTE 31 DE MARZO 2026.

1. OBJETIVO.

Determinar el avance en la ejecución de las acciones de mejora establecidas en el Plan de Mejoramiento Interno, así como evaluar la efectividad de aquellas que cumplan con los criterios definidos para su medición, con cortes trimestrales correspondientes a la vigencia 2026, en concordancia con lo dispuesto en el procedimiento SM.PR.04 “*Planes de Mejoramiento Interno*”.

1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Realizar seguimiento al estado de ejecución de las acciones de mejora definidas en el Plan de Mejoramiento Interno, verificando su cumplimiento en los tiempos y condiciones establecidas.
- Identificar desviaciones, incumplimientos o riesgos asociados a la ejecución de las acciones de mejora, con el fin de generar las alertas dirigidas a los responsables de la ejecución de las acciones y a los tomadores de decisiones, para facilitar la adopción de medidas correctivas oportunas.
- Evaluar la efectividad de las acciones implementadas, con el propósito de determinar la mitigación de las causas que dieron origen a las observaciones.

2. ALCANCE.

El presente seguimiento comprende la verificación del estado de ejecución de las acciones de mejora establecidas en el Plan de Mejoramiento Interno, así como la evaluación de la efectividad de aquellas que cumplan con los criterios definidos para su medición durante el periodo evaluado.

Periodo evaluado: 1 de enero a 31 de marzo de 2026.

3. METODOLOGÍA.

Se realizó seguimiento mensual a los reportes y evidencias registrados por los procesos responsables en el Portal MIPG (aplicativo ITS), verificando la información cargada y registrando los resultados directamente en la herramienta. Para este ejercicio, la prioridad del auditor se definió con base en la fecha de vencimiento de cada acción de mejora, dando mayor atención a aquellas próximas a vencer o vencidas.

Para la medición de la efectividad, se descargó del Portal MIPG el reporte de planes de mejoramiento en estado “abierto”. A partir de la fuente de origen del plan, y excluyendo aquellos derivados de auditorías realizadas por la 2DL de la Entidad, se asignaron los responsables de la evaluación de efectividad. Este ejercicio contó con soportes y evidencias suficientes que permitieron determinar si persistían o no las causas que dieron origen al hallazgo, mediante pruebas de auditoría en las que se verificó con evidencias a la fecha que las situaciones identificadas no se hayan repetido.

4. CONCLUSIONES

Del seguimiento del Plan de Mejoramiento Interno de la entidad, el cual al cierre del primer trimestre de 2026 se encontraba conformado por 65 planes de mejoramiento que agrupaban un total de 88 acciones de mejora, se concluye lo siguiente:

- El 85 % de los planes de mejoramiento vigentes corresponde a planes formulados en las vigencias 2024 y 2025, lo que evidencia una alta carga de planes heredados de períodos anteriores.
- El 23 % de las acciones de mejora (21 acciones) fueron cerradas de manera oportuna, al ejecutarse dentro de los plazos establecidos, mientras que el 5 % (4 acciones) se cerraron de forma extemporánea.
- De las 55 acciones que se encuentran en estado de ejecución, 22 tienen fecha de finalización prevista para el segundo trimestre de 2026. Estas acciones se distribuyen en siete (7) procesos:
 - i. Acceso y Fortalecimiento a la Justicia,
 - ii. Atención y Relación con el Ciudadano,
 - iii. Direccionamiento Estratégico, Fortalecimiento Institucional,
 - iv. Gestión Contractual,
 - v. Gestión Documental y;
 - vi. Gestión Estratégica del Talento Humano.

Por lo anterior se requiere que estas sean priorizadas por los responsables de su ejecución.

- Al 31 de marzo de 2026, se identifican ocho (8) acciones en estado “*vencido*” (2 correspondientes a 2024, 3 a 2025 y 3 a 2026), las cuales no se han ejecutado en su totalidad. Frente a estas acciones, y una vez revisadas en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 26 de marzo de 2026, se impartió la directriz de que los líderes de los procesos responsables gestionaran las actividades necesarias para culminar su ejecución y proceder con el cierre extemporáneo de los planes de mejoramiento asociados.

En relación con la evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento realizada durante el primer trimestre de 2026, se concluye que:

- El 58% de los planes evaluados fue calificado como inefectivo (7 de 12), lo que genera alertas relevantes para la Alta Dirección, en la medida en que la persistencia de planes inefectivos incrementa el riesgo de incumplimiento normativo, limita la capacidad del sistema de gestión y de control interno para prevenir y mitigar eventos adversos, y afecta la confiabilidad de la información utilizada para la toma de decisiones.

En este sentido, se advierte la necesidad de impulsar acciones estructurales orientadas a fortalecer la responsabilidad de los líderes de proceso en la gestión de sus riesgos y controles, así como a consolidar un acompañamiento metodológico riguroso y oportuno en la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento, con el fin de asegurar su efectividad y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales, en coherencia con el MECl integrado al MIPG.

5. RECOMENDACIONES

Con el fin de fortalecer la gestión de los planes de mejoramiento, se presentan las siguientes recomendaciones orientadas a mejorar la formulación, seguimiento y cumplimiento de las acciones definidas, promoviendo resultados medibles y efectivos, las cuales se presentan a continuación:

1. A los procesos responsables realizar de manera oportuna el seguimiento y el reporte de las evidencias en el Portal MIPG – ITS, de acuerdo con la Política Operacional N.º 7 del Procedimiento PD-SM-4:

“El reporte de seguimiento por parte del Líder del Proceso del avance en la gestión de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento Interno debe realizarse en el aplicativo de gestión y/o herramienta dispuesta a más tardar cinco (5) días hábiles antes del cierre del mes a reportar o a la fecha de finalización de la acción.”.

Así mismo, si se identifica alguna circunstancia que pudiera implicar un retraso en los tiempos de ejecución establecidos, los procesos responsables deberán aplicar la Política Operacional N.º 8 del mismo procedimiento, relacionada con la reformulación o reprogramación de acciones:

“El Líder del Proceso Auditado o Directivo que identifique un posible riesgo de incumplimiento frente al tiempo de ejecución de las acciones podrá solicitar con treinta (30) días hábiles de antelación a la fecha de cumplimiento de la acción, una prórroga no mayor a noventa (90) días hábiles, la cual debe hacerse por correo electrónico a la jefatura de la Oficina de Control Interno. En caso de requerir la modificación de acciones (reformular, eliminar, adicionar, etc.), estará sujeta a la evaluación independiente que realiza la Oficina de Control Interno y la nueva fecha de terminación de la(s) acción(es), no podrá superar los seis (6) meses, contados a partir de la fecha de su modificación, sin superar los doce (12) meses en total. Es importante, aclarar que lo mencionado anteriormente se puede solicitar una sola vez y debidamente justificado.”.

2. En cuanto a la efectividad de las acciones del Plan de Mejoramiento, se recomienda a los procesos responsables de planes calificados como Inefectivos, redefinir las acciones de mejora a partir del análisis de causas, asegurando que estas guarden una relación directa y verificable con las debilidades identificadas, incorporando criterios de resultado, mecanismos de seguimiento y evidencias objetivas que permitan evaluar su impacto real, en ejercicio del autocontrol y la autogestión del proceso.

6. RESULTADOS.

6.1. Plan de Mejoramiento Interno a 31 de marzo 2026.

A 31 de marzo de 2026, el Plan de Mejoramiento Interno está conformado por 65 planes de mejoramiento, los cuales agrupan un total de 88 acciones de mejora, teniendo en cuenta que un mismo plan puede contemplar más de una acción.

Como se evidencia en la siguiente tabla, el 85 % de los planes de mejoramiento vigentes corresponde a planes formulados en vigencias anteriores.

Tabla 1. Cantidad de Observaciones, planes de mejora y acciones del PMI - I trimestre 2026.

Vigencia	Observaciones de ejercicio auditor	Planes de Mejoramiento Formulados	Acciones Formuladas
2024	4	4	5
2025	53	53	70
1T - 2026	8	8	13
Total	65	65	88

Fuente: Reporte Interno de la Oficina de Control Interno.

Ahora bien, a continuación, se detalla la información de los 8 planes de mejoramiento formulados durante el I trimestre 2026.

Tabla 2. Planes de mejoramiento formulados en el I trimestre 2026.

Informe que generó la Observación	Cantidad de Observaciones	Nº Plan Mejora	Total Acciones
Informe de seguimiento a controles asociados a los riesgos de gestión III trimestre 2025.	1	623	2
Informe de Seguimiento a Metas PDD, Ejecución Presupuestal y Plan Anual de Adquisiciones Corte 31 de diciembre de 2025 Proyectos de Inversión 8177 y 8233	1	657	2
Informe evaluación de Indicadores de Gestión II semestre 2025	2	655	2
		656	3
Informe Final informe de Evaluación al Cumplimiento del SG-SST 2025,	4	651	1
		652	1
		653	1
		654	1
TOTAL	8	8	13

Fuente: Reporte acciones Portal MIPG – ITS.

6.1.1. Estado General del Plan de Mejoramiento Interno a 31 de marzo de 2026.

Como resultado del seguimiento efectuado por esta Oficina a los reportes realizados por los procesos responsables durante el primer trimestre de la vigencia 2026, registrados en el Portal MIPG-ITS, se identificó el estado de avance de las acciones del Plan de Mejoramiento Interno, las cuales se clasifican según su nivel de cumplimiento, conforme se presenta a continuación.

Imagen 1. Acciones clasificadas por estado – I trimestre 2026.



Fuente: Reporte acciones Portal MIPG – ITS.

Con el fin de brindar a los líderes de proceso un panorama detallado y oportuno sobre las responsabilidades a su cargo, a continuación, se presenta el análisis del Plan de Mejoramiento Interno desagregado por proceso, lo cual permite visualizar la cantidad de acciones asignadas a cada proceso, su estado actual y los retos específicos que deben ser gestionados de manera prioritaria.

Tabla 3. Acciones clasificadas por proceso responsable – I trimestre 2026.

Procesos	Abierta	Cerrada	Cerrada-Vencida	Vencida	Total
Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	6	1	1	1	9
Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	2			2	4
Atención y Relación con el Ciudadano	1	2			3
Direccionamiento estratégico	1	5		1	7
Fortalecimiento Institucional	5	1			6
Gestión Contractual	1				1
Gestión de Emergencias			1	2	3
Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad		1			1
Gestión de Tecnologías de la Información	1				1
Gestión Documental	18	1		1	20
Gestión Estratégica del Talento Humano	15	7	1	1	24
Gestión y Análisis de la Información	5	3	1		9
Total	55	21	4	8	88

Fuente: Reporte acciones Portal MIPG – ITS.

Es importante señalar que la información anteriormente presentada constituye un insumo para la evaluación de la gestión por dependencias correspondiente a la vigencia en análisis, de conformidad con lo establecido en la Ley 909 de 2004. En la SDSCJ, dicha evaluación se desarrolla bajo la “G-SM-01 Metodología de Evaluación de la Gestión por Dependencias”, la cual contempla, entre sus criterios evaluables, el cumplimiento de los planes de mejoramiento institucional e interno, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de acciones ejecutadas por la dependencia del Plan de Mejoramiento (Interno y/o Institucional) dentro de las fechas de compromiso establecidas en el periodo}}{\text{Número total de acciones programadas en el periodo}} \right) \times 100^{1}$$

6.1.2. Gestión del Plan de Mejoramiento Interno a 31 de marzo de 2026.

Dado que las acciones que aún se encuentran en ejecución corresponden a aquellas en las que los procesos responsables deben concentrar sus esfuerzos de gestión, a continuación, se presentan los datos relevantes de los estados “Vencida” y “Abierta”.

- **Vencida:** Se identificaron ocho (8) acciones cuyo plazo de ejecución ha sido superado sin que se evidencie su cierre en el Portal MIPG-ITS. Este estado representa una alerta para los procesos responsables, en tanto refleja posibles rezagos en la gestión del Plan de Mejoramiento Interno y puede incidir negativamente tanto en el cumplimiento de compromisos institucionales como en los resultados de evaluación de la gestión, aun mas cuando cinco (5) de las acciones son de vigencias anteriores.

¹ Metodología de evaluación de la gestión por dependencias - G-SM-01, Versión 4.

A continuación, se presenta el detalle de las acciones en estado “vencido”, indicando el número del plan de mejoramiento y el porcentaje de avance registrado, conforme al mes y año del último reporte efectuado en el Portal MIPG (aplicativo ITS):

Tabla 4. Acciones en estado Vencida – I trimestre 2026.

Proceso Responsable	2024	2025		2026			Total
	oct	ene	may	ene	Feb	Mar	
	80%	70%	50%	70%	0%	0%	
Acceso y Fortalecimiento a la Justicia				571			1
Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	419	426					2
Direccionamiento estratégico			529				1
Gestión de Emergencias			476	483			2
Gestión Documental						614	1
Gestión Estratégica del Talento Humano					545		1
Total	1	1	2	1	1	1	8

Fuente: Reporte acciones Portal MIPG – ITS.

Es importante señalar que estas acciones fueron nuevamente puestas a consideración del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), en la sesión ordinaria N.º1 realizada el 26 de marzo de 2026, instancia en la cual, de manera general, se concluyó que los procesos responsables deben continuar con las gestiones correspondientes y priorizar el cierre de los planes de mejoramiento que presentan retrasos en su cumplimiento.

Tabla 5. Descripción de acciones en estado Vencida – I trimestre 2026.

Plan	Acción	Unidad de Medida
419	Implementar cuatro controles automáticos en el sistema SIMBA para bloquear los chips de combustible de los vehículos que se encuentren en mantenimiento.	4 controles implementados
426	Cargar la información histórica faltante a los módulos de movilidad y combustible del sistema SIMBA	Porcentaje de información histórica cargada
476	Realizar jornadas de capacitación a los supervisores de los contratos, en las cuales se realicen evaluaciones previas y posteriores donde se mida el conocimiento adquirido por estos.	2 capacitaciones realizadas a los supervisores de contrato en el C4
483	Incorporar un sistema de directorio activo que pueda controlar los aplicativos instalados en las estaciones de PremierOne, el cual permita el control para el acceso a los aplicativos autorizados y negar los que no se encuentran autorizados para la operación.	Un sistema de directorio activo que pueda controlar los aplicativos instalados en las estaciones de PremierOne implementado
529	Realizar una revisión integral de las designaciones de las Gerencias de programa de inversión y proyecto para asegurar la coherencia con el marco normativo. como resultado se debe generar una nueva Resolución.	Resolución expedida
545	Solicitar mediante memorando informes parciales del avance del cumplimiento de los compromisos concertados entre el evaluador y los evaluados en los meses de mayo, agosto, octubre y febrero.	4 memorandos
571	Hacer seguimiento al cronograma elaborado.	3 seguimientos
614	Elaborar una matriz de seguimiento de la información cargada en SIGA.	1 matriz de seguimiento

Fuente: Reporte acciones Portal MIPG – ITS.

⚠ Alerta: Se evidencia que la situación es reiterativa en los procesos “Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas”, “Direccionamiento Estratégico” y “Gestión de Emergencias”, en relación con el incumplimiento de las acciones definidas en los planes de mejoramiento.

En consecuencia, esta Oficina requiere adelantar de manera inmediata y prioritaria las gestiones necesarias para asegurar el cumplimiento total de los compromisos a su cargo, garantizando la ejecución efectiva y el cierre oportuno de las actividades pendientes.

Lo anterior, en el marco de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 (artículos 3, 4 literal g y 6), que establece la responsabilidad de los jefes de cada dependencia en la implementación del Sistema de Control Interno y la aplicación de las recomendaciones derivadas de sus evaluaciones. En este sentido, la persistencia en el incumplimiento podría configurar una posible omisión de las funciones asignadas, conforme a lo previsto en la Ley 1952 de 2019.

- **Abierta:** A continuación, se presenta el estado de las acciones abiertas en ejecución, conforme al porcentaje de avance reportado al 31 de marzo de 2026 en el Portal MIPG–ITS, clasificadas por proceso responsable y nivel de ejecución. Este análisis permite identificar, de manera general, aquellas acciones que, pese a encontrarse en ejecución, presentan avances limitados o inexistentes y aquellos procesos que presentan mayor cantidad de planes por gestionar.

Tabla 6. Acciones Abiertas clasificadas por Proceso Responsable

Proceso Responsable	% de avance		Total acciones
	0%	24%	
Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	6		6
Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	2		2
Atención y Relación con el Ciudadano	1		1
Direccionamiento Estratégico	1		1
Fortalecimiento Institucional	5		5
Gestión Contractual	1		1
Gestión de Tecnologías de la Información	1		1
Gestión Documental	17	1	18
Gestión Estratégica del Talento Humano	15		15
Gestión y Análisis de la Información	5		5
Total	54	1	55

Fuente: Reporte acciones Portal MIPG – ITS.

Es importante mencionar que el detalle de los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno durante el primer trimestre del 2026 se encuentra en el Anexo 1 de este informe.

6.2. Alertamiento preventivo cierre de acciones II trimestre 2026.

Con el fin de fortalecer la gestión preventiva, se considera necesario focalizar la atención en las acciones cuyos plazos de ejecución vencen durante el II trimestre de 2026, esta oficina relaciona a continuación la cantidad de acciones (22 en total) en la que los procesos responsables deben enfocar su gestión para dar cumplimiento al 100% de lo formulado y reportar oportunamente en el Portal MIPG– ITS.

Tabla 7. Acciones con fecha fin en el II trimestre 2026

Proceso	Fecha fin del plan (2026)			Total Acciones
	Abr	May	Jun	
Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	570 (1 acción)	567 (1 acción)	559 (1 acción) 560 (1 acción) 561 (1 acción) 568 (1 acción)	6
Atención y Relación con el Ciudadano			601 (1 acción)	1
Direccionamiento estratégico			623 (1 acción)	1
Fortalecimiento Institucional		655 (1 acción)	655 (1 acción) 656 (3 acciones)	5
Gestión Contractual			622 (1 acción)	
Gestión Documental			610 (1 acción) 612 (1 acción) 615 (1 acción)	
Gestión Estratégica del Talento Humano	598 (1 acción) 599 (1 acción)	552 (1 acción) 554 (1 acción)	653 (1 acción)	5
Total Acciones	3	4	15	22

Fuente: Reporte acciones Portal MIPG – ITS.

6.3. Evaluación de efectividad a Planes de Mejoramiento.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, referente al rol de Evaluación y Seguimiento asignado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y de la política de operación N.º 16 del procedimiento “Planes de Mejoramiento Interno PD-SM-4”, versión 9, el cual establece que “(...) Se realizarán periódicamente ejercicios de evaluación de efectividad de las acciones establecidas en el plan, con el fin de determinar el nivel de impacto y la recurrencia de los hallazgos (...)”, la Oficina de Control Interno realiza la evaluación a la efectividad de los Planes de Mejoramiento Interno cerrados, tanto de manera oportuna como extemporánea.

Considerando que la última medición de efectividad se realizó con corte al 31 de marzo de 2025, para el presente seguimiento se identificaron ochenta y tres (83) Planes de Mejoramiento Interno que cumplen con al menos una de las siguientes condiciones, las cuales determinan su inclusión como objeto de evaluación:

- Planes cerrados entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 2025.
- Planes cerrados en las vigencias 2023 y 2024 que no hicieron parte de la muestra evaluada en la medición de efectividad con corte al 31 de marzo de 2025.
- Planes con un período superior a seis (6) meses contados a partir de su cierre por parte de la Oficina de Control Interno.

Los planes que cumplen con las condiciones anteriormente señaladas se distribuyen por proceso de la siguiente manera:

Tabla 8. Planes de Mejoramiento calificables en términos de efectividad.

Proceso	Total, N° planes	Planes de mejoramiento
Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	7	457, 560, 562, 565, 569, 570, 571
Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas	4	410, 411, 413, 551

Proceso	Total, N° planes	Planes de mejoramiento
Atención Integral Básica Para las Personas Privadas de la Libertad	1	179
Atención y Relación con el Ciudadano	2	491, 492
Direccionamiento estratégico	9	431, 521, 522, 527, 530, 531, 532, 533, 539
Fortalecimiento Institucional	19	496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 505, 506, 507, 516, 517, 518, 540, 541, 543, 544, 576
Gestión Contractual	2	338, 397
Gestión Documental	2	490, 542
Gestión Estratégica del Talento Humano	11	406, 408, 440, 441, 443, 445, 446, 472, 504, 508, 509
Gestión Jurídica	2	471, 552
Gestión de Emergencias	8	271, 474, 481, 483, 484, 485, 486, 487
Gestión de Recursos Físicos al Servicio de la Entidad	2	353, 550
Gestión de Seguridad y Convivencia	9	276, 277, 278, 280, 281, 285, 286, 287, 288
Gestión de Tecnologías de la Información	1	298
Gestión y Análisis de la Información	4	578, 579, 582, 583
Total		83

Fuente: Reporte Planes de Mejoramiento Interno – Consulta ITS 30/03/2026 – Elaboración OCI

6.3.1. Acciones del PMI Objeto de Evaluación de Efectividad.

Para la evaluación de la efectividad de los planes de mejoramiento en el I trimestre 2026, se definió una muestra con base en los resultados de los ejercicios de seguimiento o informes de ley adelantados por la Oficina de Control Interno, así como en la ejecución de las pruebas de auditoría pertinentes para determinar la efectividad de las acciones implementadas.

En este contexto, atendiendo criterios de focalización y materialidad a partir de juicio profesional del equipo auditor, de los ochenta y tres (83) planes identificados como objeto del presente seguimiento, se seleccionaron los siguientes doce (12) Planes de Mejoramiento Interno para evaluación.

Tabla 9. Planes de Mejoramiento evaluados en el I trimestre 2026.

Proceso	Planes para evaluar
Acceso y Fortalecimiento a la Justicia	562
Direccionamiento estratégico	521, 522, 527 y 539
Fortalecimiento Institucional	502, 503, 540 y 576
Gestión Contractual	397
Gestión de Tecnologías de la Información	298
Gestión Jurídica	552

Fuente: Elaboración OCI

6.3.2. Resultados de la Evaluación de Efectividad.

Como resultado de la evaluación realizada a doce (12) planes de mejoramiento correspondientes al período de seguimiento, se evidenció que cinco (5) fueron clasificados como “Efectivos”, en la medida en que las acciones implementadas contribuyeron a eliminar o mitigar las causas que dieron origen a las observaciones formuladas, generando cambios verificables en los procesos evaluados. Por su parte, siete (7) planes fueron determinados como “Inefectivos”, dado que las acciones ejecutadas no produjeron el impacto esperado sobre las causas identificadas, razón por la cual requieren, por parte de los procesos responsables, la definición y ejecución de acciones de fortalecimiento. En este sentido, dichos resultados deben ser asumidos como

insumos para la redefinición de las acciones de mejora, en coherencia con los principios de autocontrol y autogestión promovidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, orientados a que los propios procesos analicen su desempeño, adopten decisiones oportunas y aseguren la mejora continua de la gestión institucional.

A continuación, se presentan los siete (7) planes de mejoramiento, con un total de 10 acciones, que fueron calificados como “Inefectivos”². Es importante mencionar que la evaluación de los 12 planes de mejoramiento y el detalle del ejercicio se encuentra en el Anexo 1 de este informe.

Tabla 10. Planes de Mejoramiento Inefectivos.

Proceso	N° PMI	Título de la Observación / Oportunidad De Mejora	Acción de Mejora	Observación y Recomendación	Requiere Nuevo Plan
Gestión de Tecnologías de la Información	298	Falencia en la medición y definición de un plan para el aseguramiento de la calidad de la información, incumpliendo el decreto 413 y poniendo en riesgo los resultados de todas las operaciones, actividades y gestiones que dependan de una información estructurada, confiable y óptima.	“Elaborar y socializar la estrategia de gestión de información y el modelo de gestión de calidad de datos con su respectivo Plan a seguir por los Servidores Públicos y contratistas que participan de la gestión de la información interna y externa de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia – SCJ” por medio de correo electrónico masivo a las dependencias involucradas.	La DTSI, informó por medio de correo electrónico el 17 de abril de 2026 que “(...) el documento no se ha formalizado porque requirió ajustes debido a los nuevos lineamientos emitidos en el marco de la Comisión Distrital de Transformación Digital, donde la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. con la Oficina Consejería Distrital de TIC emitieron el Acuerdo 002 de 2025 del 17 de diciembre de 2025, correspondiente a los lineamientos para la dinamización de la interoperabilidad en las entidades y organismos del Distrito Capital, el cual entró en vigor el pasado 19 de diciembre de 2025. Por lo anterior, se proyectó el borrador de Política de Gobierno de Datos, el cual se va a presentar en la próxima mesa técnica de gobierno digital que se realizará en el mes de abril del 2026”. Teniendo en cuenta lo anterior, se califica el plan de mejoramiento como Inefectivo y se recomienda al proceso adelantar las acciones pertinentes para subsanar la novedad.	SI

² Acción inefectiva: Cuando la acción de mejora implementada es ejecutada en el 100%; pero la situación detectada no es corregida, es decir, persiste la causa raíz que originó la observación/hallazgo. *Procedimiento PD-SM-4 Planes de Mejoramiento Interno – V9.*

Proceso	N° PMI	Título de la Observación / Oportunidad De Mejora	Acción de Mejora	Observación y Recomendación	Requiere Nuevo Plan
Gestión Contractual	397	Recomendación Veeduría: Conminar a la Secretaría, para que se haga revisión de todos los contratos que suscribe para la realización de actividades de los gestores de convivencia, desde el año 2020 a la fecha, para que la información y documentación repose en el SECOP II, conforme a la reglamentación normativa y a los manuales de la entidad	Verificar los contratos suscritos para la realización de actividades de gestores de convivencia, desde la vigencia 2020 a la vigencia 2023, en el SECOP II e informar a los respectivos supervisores para que se realicen los cargues de documentación necesaria o las gestiones pertinentes para ello	<p>Como resultado del muestreo realizado a los procesos contractuales correspondientes a las vigencias 2020 a 2023, se evidenció que en el sistema SECOP II no se encuentra publicada la totalidad de los documentos requeridos para la etapa de ejecución contractual. Los contratos revisados no cumplen con lo dispuesto en el numeral 10.1 “<i>Documentos mínimos para publicación en SECOP II</i>” del instructivo I-GCT-01 V.1, lo que permite concluir la ineffectividad de la acción implementada.</p> <p>Adicionalmente, la falta de completitud de la información y de los soportes exigidos por la entidad —incluida la <i>Constancia de cierre del contrato electrónico</i> (F-GCT-1372)— ha ocasionado que varios contratos permanezcan en estado “en ejecución” en SECOP II, pese a haber finalizado sus obligaciones postcontractuales. Esta situación contraviene los lineamientos institucionales sobre el cierre de expedientes electrónicos, así como lo establecido en la Circular Interna 012 de 2023 y en las Circulares Externas 2 y 3 de 2023 de Colombia Compra Eficiente.</p> <p>En consecuencia, se concluye que la acción implementada no fue efectiva, se recomienda al proceso responsable fortalecer los mecanismos de seguimiento y control, mediante la implementación de verificaciones periódicas, definición de responsables y establecimiento de evidencias de control que aseguren el cargue completo y oportuno de la documentación, así como el cierre efectivo de los contratos en el sistema SECOP II, en cumplimiento de la normativa vigente.</p>	SI
Fortalecimiento Institucional	503	OBSERVACIÓN N°2: Incumplimiento de las acciones que proceden en caso de materialización de riesgos.	<p>Gestionar la implementación de una funcionalidad de alertas por materialización de riesgos en el portal MIPG, con la respectiva capacitación para los responsables del reporte en primera línea y los responsables del seguimiento en segunda línea.</p> <p>Capacitar a los líderes de proceso y/o líderes operativos, sobre los lineamientos de reporte de riesgos materializados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos numeral 12. Se evidenciará mediante informes de socialización los cuales incluyen listados de asistencia e información socializada.</p>	<p>Mediante memorando 3-2025-28851 del 21 de julio de 2025, la OAP solicitó la reformulación del Plan de Mejoramiento 503, con el fin de rediseñar las acciones de mejora y asegurar su claridad, viabilidad y alineación con las observaciones formuladas en la vigencia 2024. En atención a dicha solicitud, la OCI, mediante memorando 3-2025-30978, aprobó el cierre y su reformulación bajo el consecutivo 576.</p> <p>En la presente evaluación, orientada a valorar la efectividad del Plan 576, se retomó lo consignado en el ejercicio de <i>Seguimiento a la Ejecución de Controles Asociados a Riesgos de Gestión</i>, en el cual se evidenció que, con corte al 31 de diciembre de 2025, persistían debilidades en la adopción y documentación de las actividades previstas en el numeral 12 “<i>Acciones por seguir en caso de materialización del riesgo</i>” de la Política de Administración de Riesgos (PO-FI-02 V.3), así como la ausencia de un diagnóstico formal y de un plan de acción debidamente soportado. Estos elementos corroboran la ineffectividad del plan formulado, razón por la cual tanto el Plan de Mejoramiento 503 como su reformulación 576 se declaran ineffectivos.</p>	SI

Proceso	N° PMI	Título de la Observación / Oportunidad De Mejora	Acción de Mejora	Observación y Recomendación	Requiere Nuevo Plan
Direccionamiento estratégico	539	Observación No 01. Falencias en la identificación y ejecución de los riesgos de corrupción de acuerdo con lo establecido en la Guía G-FI-04 – Versión 3.	Por medio de mesas de trabajo realizar revisión y actualización en caso de requerirse por cada uno de los 21 procesos en materia de riesgos de corrupción. Producto de estas mesas, se entregará una (1) matriz con el inventario de los 21 riesgos de corrupción actualizados y/o revisados.	En el Informe Evaluación de los Riesgos Integrados III Cuatrimestre 2025 Rad N. 3-2026-14704 del 30-03-2026, Se formuló la siguiente observación: OBSERVACIÓN 1: INEFECTIVIDAD PLAN DE MEJORAMIENTO N° 539 “(…) en el seguimiento efectuado persisten debilidades en la completitud y confiabilidad de la información registrada por los procesos en relación con la ejecución de 8 controles (...). Lo anterior evidencia una ineffectividad del Plan de Mejora 539, al no garantizar plenamente la calidad y consistencia de la información requerida para la adecuada gestión del riesgo. Desatendiendo lo establecido en el numeral 10. IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO (RIESGOS DE CORRUPCIÓN) de la Guía G-FI-04 – Versión 5. generando vulnerabilidad institucional frente a auditorías externas, pérdida de credibilidad en los informes de seguimiento que afectan la transparencia y efectividad del sistema de gestión pública.”. Ya se encuentra formulado el nuevo plan de mejoramiento interno N° 659.	659
Fortalecimiento Institucional	540	OBSERVACIÓN N° 01. Debilidades en el Cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Política de administración de riesgos, código PO-FI-02 V.2 de la SDSCJ, para los riesgos estratégicos, por parte del Proceso Fortalecimiento Institucional.	Actualizar la matriz de riesgos para la vigencia 2025, estableciendo métricas claras, relevantes y medibles. Que permitan a la primera línea reportar información puntual y pertinente, facilitando así el monitoreo por parte de la segunda línea. Monitoreo al reporte de riesgos estratégicos, en el cual se revise para los 21 procesos la calidad de la información, así como su respectivos entregables y evidencia.	En el ejercicio de verificación de la ejecución de controles asociados a riesgos de gestión desarrollado para el periodo comprendido entre el 01 de octubre y 31 de diciembre de 2025, la Oficina de Control Interno evidenció que “los controles analizados en el marco del muestreo presentan debilidades en su estructuración metodológica, lo que limita su capacidad para mitigar de manera efectiva los riesgos asociados. <i>Las principales deficiencias se concentran en la definición de evidencias, responsables, periodicidad y propósito del control, así como en su clasificación y alcance, lo cual afecta su trazabilidad, verificabilidad y aporte al sistema de control interno.</i> ” encontrando debilidades en el reporte de evidencias de ejecución de controles para cuatro (4) de los 21 procesos de la entidad, incluyendo el proceso Fortalecimiento Institucional.	SI
Gestión Jurídica	552	Observación No 01. Debilidades en el cumplimiento de lo establecido en el artículo 34 de la Resolución 485 del 2023.	Incluir dentro del Procedimiento PD-JG-01 una política de Operación que materialice el cumplimiento de lo contenido en el Artículo 34 de la Resolución 485 de 2023 la cual es evidenciable con alertamientos trimestrales y la matriz de seguimiento trimestral generada por SIPROJ WEB.	Como resultado del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, se determinó que la acción implementada fue ineffectiva, al evidenciarse inconsistencias en el registro y actualización de la información de los procesos judiciales en el aplicativo SIPROJ-WEB durante la vigencia 2025, según lo documentado en el informe radicado mediante memorando N.º 3-2026-12905. Si bien se incorporó en el procedimiento PD-JG-01 “Representación Judicial” la obligación de registrar periódicamente los avances de los procesos, dicha medida no logró eliminar la causa raíz de la no conformidad, persistiendo debilidades en la oportunidad, consistencia y calidad de la información registrada. En este contexto, y teniendo en cuenta los resultados del informe de la OCI, actualmente se encuentra en proceso de formulación el Plan de Mejoramiento N.º 669, orientado a fortalecer los controles y asegurar el cumplimiento efectivo de los lineamientos normativos aplicables.	669

Proceso	N° PMI	Título de la Observación / Oportunidad De Mejora	Acción de Mejora	Observación y Recomendación	Requiere Nuevo Plan
Fortalecimiento Institucional	576	Informe de seguimiento a controles asociados a los riesgos estratégicos, por procesos y la gestión de oportunidades III Trimestre 2024. OBSERVACIÓN N° 2: Incumplimiento de las acciones que proceden en caso de materialización de riesgos.	Capacitar a los líderes de proceso y/o líderes operativos, sobre los lineamientos de reporte de riesgos materializados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos numeral 12. Validar la necesidad de ajustar los Riesgos de Gestión de los procesos: Gestión de Emergencias, Administración de Bienes Muebles e Inmuebles para el Fortalecimiento de las Capacidades Operativas y Gestión documental acorde a la observación.	En concordancia con la evaluación del plan 503 y teniendo en cuenta que en el ejercicio de Seguimiento a la Ejecución de Controles Asociados a Riesgos de Gestión se evidenció "(...) a la fecha de corte del presente seguimiento (31 de diciembre de 2025) persisten debilidades en la adopción y documentación de las actividades establecidas en el numeral 12. "Acciones por seguir en caso de materialización del riesgo" de la Política de Administración de Riesgos, código PO-FI-02 V.3. A su vez, no se evidencia el desarrollo de un diagnóstico formal de la situación presentada ni la formulación y ejecución de un plan de acción debidamente soportado, orientado a mitigar la probabilidad de una nueva materialización del riesgo", el plan se declara Inefectivo.	SI

Fuente: Elaboración Propia.

Del análisis consolidado de los planes de mejoramiento evaluados se concluye que persisten recurrencias transversales asociadas a la ineffectividad de las acciones formuladas, especialmente en aspectos relacionados con la debilidad en el diseño e implementación de controles, la falta de completitud, calidad y consistencia de la información registrada en los sistemas institucionales (SECOP II, SIPROJ-WEB, MIPG), y la insuficiente adopción de los lineamientos definidos en las políticas internas de gestión del riesgo, información y transparencia.

De manera reiterada, las acciones ejecutadas se han centrado en actividades de socialización, capacitación o verificación, sin que estas logren incidir de forma directa sobre las causas raíz de las observaciones, evidenciando debilidades en el ejercicio del autocontrol desde la primera línea de defensa y en el acompañamiento metodológico para la formulación de planes de mejora, lo que ha derivado en la necesidad recurrente de formular nuevos planes de mejoramiento orientados a corregir las falencias estructurales identificadas y fortalecer la efectividad del sistema de control interno, en coherencia con el MECI integrado al MIPG.

DECLARACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

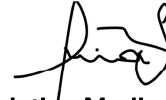
- Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por los auditores a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.
- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por los responsables de los diferentes lineamientos contenidos en el aplicativo PORTAL-MIPG e información suministrada por los responsables de cada plan de mejora. Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.

- *La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno es discrecional del cuerpo directivo de la SDSCJ así como de los responsables de los diferentes lineamientos evaluados, más se incentiva la consideración de las “Recomendaciones” en la construcción de los planes de mejora a que haya lugar para el mejoramiento del Sistema de Gestión y de Control Interno en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la entidad en aras de mitigar los riesgos asociados a la operación institucional.*

Elaboró

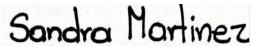


Andrea del Pilar Alejo Ruiz
Contratista Oficina de Control Interno



Lina Cristina Medina Sarmiento
Profesional Universitario Oficina de Control Interno

Revisó:



Sandra Liliana Martínez Méndez
Contratista Oficina de Control Interno

Aprobó:



Iván Arturo Márquez Rincón
Jefe Oficina de Control Interno

Firmado digitalmente por
Iván Arturo Márquez
Rincón
Fecha: 2026.04.30
10:55:13 -05'00'