MEMORANDO

150

PARA: **ANA ISABEL HORTUA SALCEDO**
Alcalde Local de Usme

DE: **JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Remisión Informe de seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá - Alcaldía Local de Usme

Reciba un cordial saludo.

En cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y en atención a las actividades previstas en el Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2025, atentamente me permito remitir el informe de seguimiento de las acciones en estado "Abierto" implementadas en los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá.

Este informe se remite con el fin de que sea socializado y analizado con su equipo de trabajo, y se adopten las acciones de mejora que a su consideración resulten pertinentes para el proceso evaluado.

Finalmente, agradecemos la disposición y colaboración brindada durante el desarrollo de este proceso de seguimiento, reiterando nuestro compromiso permanente de asesoría y acompañamiento a todos los procesos de la entidad.

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO)
LADY JOHANNA MEDINA MURILLO
Jefe Oficina de Control Interno
Secretaria Distrital de Gobierno

Anexo: Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento Contraloría- AL Usme
Matriz Seguimiento Acciones Abiertas AL Usme

CC: Dr. Gustavo Quintero Ardila - Secretario Distrital de Gobierno
Eduardo Andrés Garzón Torres - Subsecretario de Gestión Local
Diego Fernando Figueroa Guerra - Jefe Oficina Asesora de Planeación

Elaboró: Oscar Javier Monroy Diaz - Contratista OCI
Aprobó/Revisó: Lady Johanna Medina Murillo – Jefe OCI

Informe de seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá - Alcaldía Local de Usme

Destinatarios

- Gustavo Quintero Ardila - Secretario Distrital de Gobierno
- Subsecretario de Gestión Local
- Alcalde Local de Usme
- Jefe Oficina Asesora de Planeación

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Realizar el seguimiento a las acciones en estado "abierta" de los planes de mejora de los Fondos de Desarrollo Local, producto de las auditorías de regularidad, financiera y de gestión y actuación especial de fiscalización, de cumplimiento, de desempeño, especial y otras, adelantadas por la Contraloría de Bogotá, con corte a 30 de mayo de 2025, para identificar riesgos y generar alertas preventivas que permitan a la administración el correcto y oportuno cumplimiento de los planes.

1.2 Objetivos específicos

1.2.1 Emitir observaciones, recomendaciones y alertas con relación a factores auditados, que mayor cantidad de hallazgos genera, sujetos de control con mayor número de acciones en estado "abierta", acciones con plazo de ejecución vencido, próximo a vencer o no iniciado.
1.2.2 Realizar un diagnóstico de la efectividad de las acciones en estado "abierta" de los planes de mejora, de acuerdo con la revisión a las evidencias aportadas por la Alcaldía Local.
1.2.3 Generar alertas preventivas sobre los riesgos detectados durante el seguimiento, para que la administración pueda tomar acciones correctivas de manera oportuna y evitar incumplimientos en los planes de mejora.

2. Alcance

Se realiza el seguimiento a partir del reporte consolidado de los planes de mejora generados por el aplicativo SIVICOF de la Contraloría de Bogotá con corte a 30 de mayo de 2025.

3. Marco normativo o criterios del informe

- Decreto 1499 de 2017

- Decreto Distrital 221 de 2023
- Resolución Reglamentaria 036 de 2023, por la cual se modifica y reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control a la gestión fiscal de Contraloría de Bogotá D.C. y se adopta el procedimiento interno.

4. Equipo auditor:

- Oscar Javier Monroy Díaz- Profesional Contratista OCI

5. Metodología

La metodología aplicada para el seguimiento a las acciones de mejora en estado "Abierto", derivadas de los hallazgos identificados en los informes de auditoría emitidos por la Contraloría de Bogotá, contemplo:

- **Recolección de información**

  Se solicitó a la Alcaldía Local, mediante el memorando No. 20251500061083, el reporte de avance de las acciones de mejora en estado "Abierto", acompañado de las respectivas evidencias documentales de soporte. Esta información fue consolidada en una matriz diseñada para facilitar el control y análisis de cada acción.
- **Revisión de hallazgos**
  Se realizó una revisión detallada de los hallazgos, con el fin de comprender el contexto, la naturaleza, la causa y el impacto de cada observación. Este análisis permitió establecer una base sólida para evaluar las acciones correctivas implementadas por la entidad.
- **Evaluación de la efectividad de las acciones correctivas**
  A partir de los soportes recibidos, se analizó la pertinencia, oportunidad y efectividad de las acciones reportadas, verificando su correspondencia con lo informado y su alineación con las recomendaciones establecidas en los informes de auditoría.
- **Análisis de datos y clasificación de hallazgos**
  Se llevó a cabo un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos, considerando variables como la modalidad de auditoría, la incidencia de los hallazgos, la fecha de finalización programada para cada acción, y los factores auditados con mayor frecuencia de observaciones.
- **Formulación de observaciones y recomendaciones**
  Como resultado del proceso, se generaron observaciones, alertas y recomendaciones.

6. Periodo de ejecución

Junio 2025

7. Desarrollo

Realizada la revisión de los aspectos señalados en el numeral 5, correspondiente a la **Metodología**, se procede a presentar un análisis, con el fin de catalogar el grado de cumplimiento y la efectividad de las acciones implementadas.

A partir de este análisis, la Oficina de Control Interno emite un conjunto de **observaciones**, **recomendaciones** y **alertas** con el propósito de fortalecer los procesos y garantizar el cumplimiento efectivo de los planes de mejoramiento. Las observaciones incluyen detalles sobre posibles inconsistencias, debilidades en la ejecución. Las recomendaciones buscan ofrecer soluciones prácticas y viables para corregir las deficiencias identificadas y optimizar los planes de mejora. Por otro lado, las alertas se centran en señalar posibles riesgos o situaciones que podrían poner en peligro el cumplimiento de los planes o generar consecuencias negativas para el Sistema de Control Interno, permitiendo así la toma de decisiones proactivas para mitigar dichos riesgos.

Las **recomendaciones** propuestas no solo se limitan a resolver los problemas inmediatos, sino que también incluyen sugerencias orientadas a la mejora continua de los procesos, fomentando una cultura de gestión orientada a la prevención y a la eficiencia. Además, se hace un llamado a la revisión y optimización de las metodologías y herramientas utilizadas, para asegurar que estén alineadas con las mejores prácticas y los requerimientos normativos vigentes.

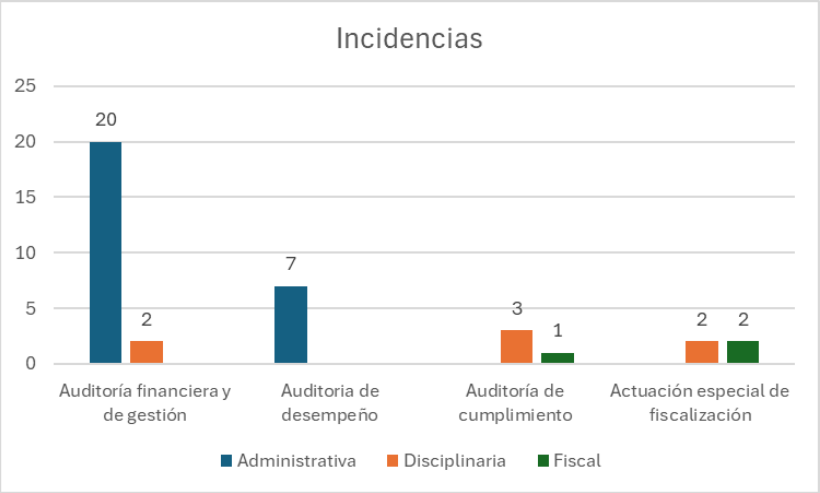
Este proceso de análisis y retroalimentación tiene como finalidad mejorar la eficacia y sostenibilidad de los planes de mejoramiento, promoviendo un ambiente de control más robusto y adaptado a las necesidades de la entidad.

7.1 Contexto hallazgos

Teniendo como referencia las acciones de mejora en estado abierto, se tiene que durante las vigencias 2023 y 2024, la Contraloría de Bogotá realizó cuatro **(4)** ejercicios de vigilancia en el Fondo de Desarrollo Local de Usme (auditorías 108,118,128 y 148), de los cuales se generaron treinta y siete **(37)** hallazgos, que dieron lugar a sesenta y dos **(62)** acciones de mejora. A la fecha de este seguimiento, dichas acciones se encuentran en estado "abierto", según el reporte generado a través del Sistema de Vigilancia y Control Fiscal (SIVICOF).

7.2 Resultados del Análisis General de las Acciones de Mejora en Estado "Abierta"

A continuación, se presenta el análisis de estas acciones, de acuerdo con la clasificación según la modalidad de la auditoria y la incidencia de los hallazgos.



7.2.1. Modalidad e Incidencias de los hallazgos

Loa hallazgos generados por el ente de Control y objeto del presente seguimiento ascendieron a 37 con las siguientes incidencias, siendo en un mayor porcentaje las de tipo administrativo con **27** hallazgos, seguido por la incidencia disciplinaria con 7 hallazgos, así mismo, se presentan 3 hallazgos con incidencia fiscal los cuales asciende a $804.384.782,34 millones de pesos, el detalle se presenta a continuación así:

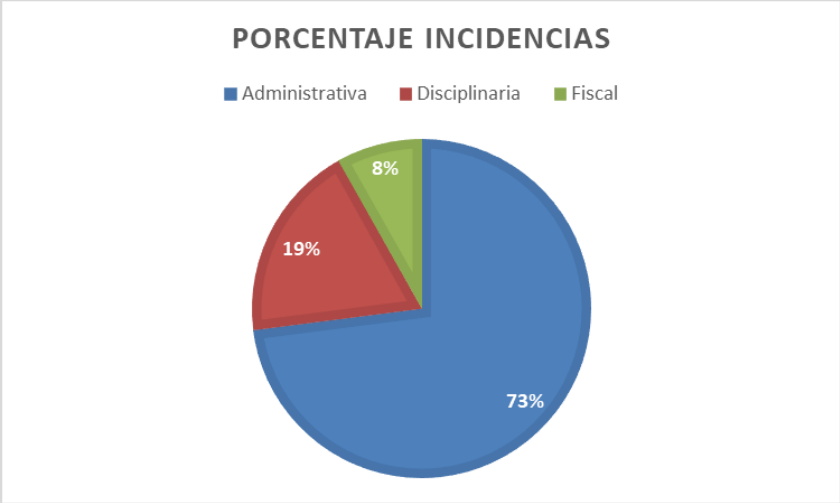
Tabla 1. Hallazgos, clasificados por fuente de generación de los hallazgos- Incidencia:

FDL	Modalidad de la Auditoría	Vigencia	Número de la Auditoría	Incidencia hallazgos			Total Hallazgos	Acciones de Mejora "Abiertas"
				Administrativa	Disciplinaria	Fiscal		
Usme	Auditoría financiera y de gestión	2023	**108**	**20**	**2**	0	**22**	23
Usme	Auditoria de desempeño	2024	**118**	**7**	0	0	**7**	22
Usme	Auditoría de cumplimiento	2024	**128**	0	**3**	**1**	**4**	9

Usme	Actuación especial de fiscalización	2024	**148**	0	**2**	**2**	**4**	8
TOTAL				**27**	**7**	**3**	**37**	**62**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reportes de SIVICOF

Grafica 1. Clasificación de hallazgos por Incidencia.



Fuente: Elaboración propia OCI con base en reportes de SIVICOF.

7.2.2 Periodos de terminación de las acciones "Abiertas"

Teniendo en cuenta las 62 acciones "abiertas", de acuerdo con las fechas de terminación de las acciones, se tiene que, 22 de las acciones tenía como fecha de terminación hasta el 31/12/2024, y los 40 restantes tienen fecha de terminación entre el 01/01/2025 y el 31/12/2025, así:

Tabla 2. Acciones, clasificados por ***fecha de terminación***

FDL	**Acciones con fecha de terminación al 31/12/2024**	**Acciones con fecha de terminación entre el 01/01/2025 y el 31/12/2025**	**Total Acciones**
FDL USME	22	40	**62**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reportes de SIVICOF.

7.2.3 Valoración de la efectividad de planes de mejoramiento

Para la valoración, en la metodología, se establecieron las siguientes variables para el análisis y la calificación de las acciones conforme a las evidencias de cumplimiento aportadas por la Alcaldía Local

- **Acción Cumplida Efectiva:** Mediante evidencia objetiva demuestra que se eliminaron las causas de las no conformidades o hallazgos.
- **Acción Cumplida Inefectiva:** Implica que, aunque se ejecutó la acción propuesta, esta no logró el resultado esperado o no abordó la causa raíz que originó el hallazgo.

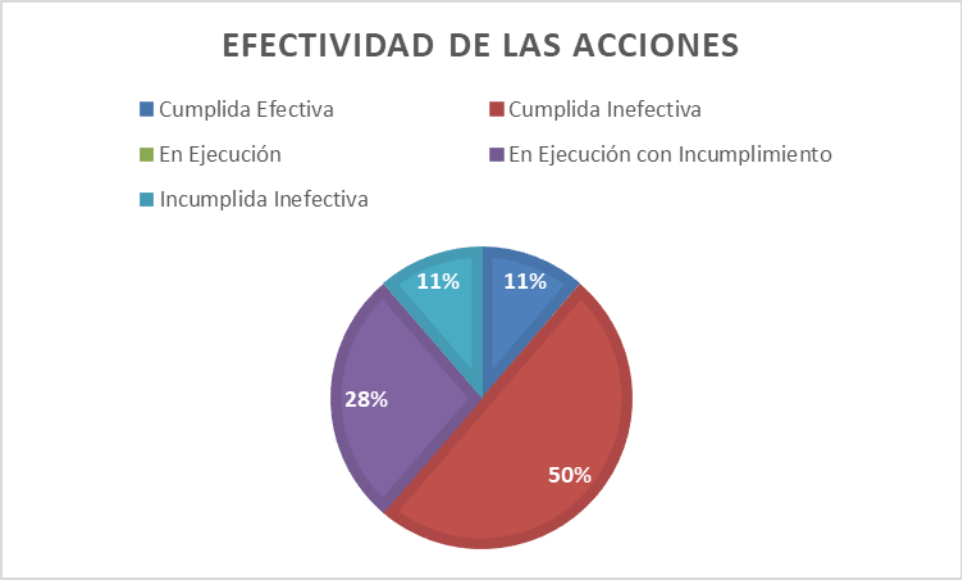
  Desde una perspectiva de control y mejora continua, este tipo de acción se considera:

  - ***Acción de medio, no de resultado:*** *Se centró en la ejecución de actividades, pero no en la solución del problema subyacente. Cumplimiento formal sin impacto real: La acción se realizó para demostrar cumplimiento, pero no generó mejoras sustanciales.*
  - ***Ineficaz o insuficiente:*** *No contribuye a eliminar la deficiencia detectada, lo que puede derivar en la persistencia del hallazgo o en la necesidad de nuevas medidas correctivas. En términos de auditoría o seguimiento de planes de mejora, este tipo de acción podría clasificarse como no efectiva, incumplimiento sustantivo o limitación en la efectividad del control implementado.*

- **Acción Incumplida Inefectiva:** Sin ejecución de la acción o se ejecutó parcialmente o se hizo fuera del plazo o la evidencia no es la planteada en la descripción de la acción.
- **Acción en Ejecución:** Acción con seguimiento y evidencias de avance programado a la fecha / que se encuentra dentro de los tiempos de ejecución.
- **Acción en Ejecución con Incumplimiento:** Acción dentro del plazo de ejecución, sin avance de acuerdo con lo programado en el indicador y/o sin evidencias.

En el ejercicio de seguimiento, la Oficina de Control Interno, una vez valorado el avance y/o cumplimiento de las acciones de mejora en estado "abierto", observó que, de las **62 acciones, 31** se encuentran catalogadas como cumplidas inefectivas lo que representa un 50%, **17** acciones se encuentran en ejecución con incumplí miento con un 28%, **7** acciones se catalogan como acciones incumplidas inefectivas con un 11% y finalmente **7** acciones calificadas como en cumplidas efectivas que representan 11%, a continuación muestra lo descrito en la siguiente gráfica:

Grafica 2. Clasificación de acciones de mejora por efectividad



Fuente: Elaboración propia OCI con base en evidencias aportadas por la Alcaldía Local.

En este apartado es preciso indicar que, para las auditorías **118, 128 y 148,** no se aportaron evidencias que den cuenta del avance en la ejecución de la acción. Esta ausencia limita el seguimiento oportuno y la verificación del cumplimiento progresivo del plan de mejora.

Nota: El detalle de la evaluación se puede consultar en el anexo "Matriz de seguimiento"

Dicho lo anterior, se evidencia un alto porcentaje de acciones de mejora calificadas como incumplidas y/o cumplidas inefectivas, situación atribuible a varias causas recurrentes:

- La evidencia presentada no guarda relación con la acción de mejora formulada.
- No se refleja lo descrito en la fórmula del indicador.
- La fecha de la evidencia se encuentra por fuera del periodo de ejecución de la acción.
- Se presentan evidencias incompletas, no verificables o redundantes.

En consecuencia, se genera una alerta de cumplimiento. Se recomienda revisar, completar y organizar las evidencias, garantizando su coherencia con las acciones formuladas y su capacidad para demostrar avance o impacto.

Para las acciones en ejecución con incumplimiento, aunque aún se encuentran dentro del plazo de ejecución, no se hallaron evidencias que demuestren actividades realizadas o avances concretos al corte del 21/05/2025. Se recuerda que las acciones deben estar orientadas a corregir o mitigar la causa raíz del hallazgo.

Asimismo, para las acciones catalogadas como cumplidas inefectivas, si bien la documentación se ajusta a la descripción de la acción, no se evidencia que estas aborden de manera efectiva la causa raíz, lo que pone en duda su sostenibilidad e impacto.

Falta sistemática de evidencia

La repetición constante de observaciones que indican la no presentación de evidencias ni reporte de avances demuestra una debilidad crítica en el seguimiento y control interno. Esta situación compromete la capacidad institucional para demostrar resultados y genera riesgos frente a los entes de control.

Implicaciones:

- Se afecta la trazabilidad y la rendición de cuentas.
- Se obstaculiza la toma de decisiones basada en evidencia.
- Se corre el riesgo de incurrir en repetición de hallazgos ante futuras auditorías.

Recomendación:
Implementar una matriz de control de avances y evidencia obligatoria, con alertas automáticas según los cortes establecidos.

Incongruencia entre acción, indicador y evidencia

Cuando las acciones no se alinean con los indicadores o estos no tienen correspondencia con la evidencia aportada, se genera un vacío técnico que invalida los esfuerzos de mejora.

Ejemplo típico: Acción que plantea una actividad administrativa (como creación de base de datos) con un indicador operativo (como realización de reuniones), sin coherencia entre ambos.

Recomendación:
Adoptar un formato único y validado de formulación de acciones, que obligue a verificar la coherencia entre causa raíz, acción, indicador y medio de verificación.

Evidencias genéricas, insuficientes o irrelevantes

Se identifican casos donde se aportan memorandos informativos, actas genéricas o anexos sin contenido sustantivo que permita evaluar el cumplimiento de la acción.

Ejemplo: Bases de datos sin análisis, actas sin mención de los hallazgos, comunicaciones emitidas fuera del periodo evaluado.

Recomendación:

- Exigir la inclusión de análisis cualitativo o cuantitativo en las evidencias presentadas.
- Establecer un listado de evidencias mínimas aceptables para cada tipo de acción.

Reutilización inadecuada de evidencias

El uso repetido de un mismo documento como evidencia de cumplimiento para múltiples acciones, sin establecer su pertinencia específica, compromete la transparencia y calidad del seguimiento.

Recomendación:

- Aplicar el principio de unicidad y trazabilidad de la evidencia, documentando a qué hallazgo y acción corresponde.
- Diseñar un repositorio digital con codificación única de evidencias.

Finalmente se precisa que de manera detallada en la matriz anexa se describen las situaciones evidenciadas para cada acción en la columna AB **"Observaciones OCI"**

7.3 Evaluación del Riesgo

Se realizó la identificación de los riesgos asociados al proceso, con el objetivo de establecer la relación entre los riesgos identificados y los controles propuestos.

Durante este ejercicio, se evidenció que el proceso relacionado con la gestión y trámite de los documentos vinculados a los Planes de Mejoramiento, en el marco del proceso de "Gestión del Conocimiento", no contempla de manera explícita riesgos asociados al aspecto evaluado en el presente informe. Sin embargo, se identificaron situaciones que pueden constituir eventos potenciales capaces de afectar el logro de los objetivos institucionales, y que, en consecuencia, deben ser evaluadas y gestionadas oportunamente. Estas situaciones son:

- **Formulación incorrecta de los planes de mejoramiento**, ocasionada por fallas en la aplicación de metodologías adecuadas para la identificación de causas raíz. Asimismo, no considerar todas las variables relevantes en la etapa de planificación inicial puede derivar en acciones de mejora ineficaces.
- **Hallazgos recurrentes**, generados por debilidades en la formulación y ejecución de las acciones definidas, lo cual compromete la efectividad de las medidas adoptadas y puede afectar negativamente la percepción institucional.
- **Procesos y procedimientos deficientes y/o desactualizados**, sin identificación de puntos de control efectivos, ni establecimiento de un seguimiento adecuado, lo que incrementa la posibilidad de desviaciones y errores en la gestión de los planes de mejoramiento.

- **Sanciones por incumplimiento**, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 036 de 2023, que dispone como causales de investigación sancionatoria el incumplimiento de los planes de mejoramiento. Esto incluye no adelantar acciones para subsanar las deficiencias señaladas por la Contraloría de Bogotá D.C., no formular acciones frente a los hallazgos determinados, no culminar las acciones en los plazos establecidos, así como no cumplir con los aspectos de presentación, forma, términos y contenido definidos en dicho acto administrativo y en los lineamientos para la rendición de cuentas.

Si bien no se encontraron riesgos específicos contemplados en la documentación vigente para este proceso en relación con el aspecto evaluado, se recomienda tener en cuenta las situaciones mencionadas, dado que representan eventos potenciales de riesgo que podrían comprometer el cumplimiento de los objetivos institucionales y generar consecuencias legales o administrativas. Será necesario establecer controles adecuados, actualizar los procedimientos, fortalecer la formulación de los planes y asegurar su correcta ejecución y seguimiento.

7.4 Seguimiento de Planes de Mejoramiento

Teniendo en cuenta las debilidades observadas por esta Oficina respecto de la coherencia entre las acciones de mejora, indicadores y metas, se recomienda que la persona designada, valide estas situaciones y gestione oportunamente ante la Contraloría de Bogotá, las modificaciones que se requieran, en los términos señalados en el artículo noveno de la Resolución Reglamentaria 036 de 2023 "*Por la cual se modifica y reglamenta el trámite del Plan de Mejoramiento que presentan los sujetos de vigilancia y control a la gestión fiscal de Contraloría de Bogotá D.C. y se adopta el procedimiento interno*.", que en su **CAPÍTULO IV** MODIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y REPORTE, señala lo siguiente:

> *"**Modificación**. El responsable podrá solicitar por escrito, la modificación de la acción por una sola vez, al Director Sectorial de Fiscalización debidamente justificada. La modificación se permite para los campos de: acción, área responsable, fecha de terminación, indicador o meta formulada. No se podrá adicionar nuevas acciones, ni eliminar las inicialmente formuladas.*
>
> *El Director Sectorial de Fiscalización, según corresponda, deberán dar respuesta al Sujeto de Vigilancia y Control Fiscal, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de radicación de la solicitud.*
>
> *No se podrán modificar aquellas acciones a las cuales les falte treinta (30) días hábiles para su terminación.*
>
> *La nueva fecha de terminación de la acción(es) a modificar, no podrá superar seis (6) meses adicionales a los doce (12) meses, contados a partir de la fecha de formulación del respectivo plan de mejoramiento, sin superar los dieciocho (18) meses en total." Negrilla fuera de texto.*

8. Conclusiones

Como resultado del análisis realizado en el Informe de seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá por parte de la Alcaldía Local de Usme, se concluye lo siguiente:

- **Alt**a proporción de acciones inefectivas o incumplidas: Del total de acciones de mejora evaluadas, se evidencia que una proporción significativa ha sido calificada como cumplidas inefectivas o incumplidas con o sin ejecución, lo que representa un riesgo para la efectividad del plan en su conjunto. Esta situación refleja una baja capacidad institucional para implementar acciones que respondan a las causas raíz de los hallazgos detectados.
- Fallas en la gestión de evidencias: Se identificó una falta sistemática de evidencias que permitan verificar el cumplimiento de las acciones, así como el uso de evidencias genéricas, duplicadas o irrelevantes. Este aspecto afecta gravemente la trazabilidad y confiabilidad del proceso de seguimiento.
- Debilidades en la formulación técnica de las acciones: Se observó una incongruencia entre las acciones formuladas, los indicadores definidos y las evidencias aportadas, lo cual dificulta la verificación objetiva del cumplimiento. Además, en muchos casos, las acciones no abordan la causa raíz del hallazgo, limitando su efectividad y sostenibilidad.
- Limitado enfoque preventivo: La mayoría de las acciones revisadas son de carácter correctivo y puntual, sin que se evidencien medidas que apunten a la prevención de la recurrencia de los hallazgos ni al fortalecimiento estructural de los procesos institucionales.
- Riesgo de recurrencia ante futuros ejercicios de control: Las debilidades detectadas podrían derivar en una repetición de hallazgos en futuras auditorías, lo cual compromete la mejora continua y la credibilidad institucional.

Adicional a lo anterior, se exponen las siguientes temáticas identificadas

1. Debilidad en el análisis de causas raíz Se evidencia que, aunque se implementan acciones correctivas, estas no solucionan de manera efectiva las causas de los hallazgos, lo que genera recurrencia en las observaciones. Esto refleja la necesidad de fortalecer el análisis de causas raíz mediante metodologías estructuradas.
2. Acciones centradas en medios y no en resultados Las acciones planteadas en varios casos se enfocan en formalismos como reuniones o elaboración de documentos, sin atacar de fondo el problema identificado. Esto limita el impacto de las acciones correctivas en la eliminación definitiva de los hallazgos.

3. Seguimiento insuficiente a la efectividad de las acciones Si bien se cumple formalmente con las actividades programadas, persiste la inefectividad de algunas acciones, reflejada en la repetición de hallazgos en auditorías posteriores. Esto evidencia falencias en la medición de resultados y en la verificación de su efectividad real.
4. Falta de alertas y seguimiento proactivo. No se evidencia una gestión oportuna de alertas y seguimientos preventivos sobre acciones críticas o de alto riesgo, lo que incrementa la posibilidad de incumplimientos o recurrencias.
5. Riesgos institucionales no controlados:

Se identifican riesgos que no están contemplados de manera formal en los documentos vigentes del proceso, como:

a. La formulación incorrecta de acciones.
b. La recurrencia de hallazgos.
c. La posibilidad de sanciones administrativas por incumplimientos conforme a la Resolución 036 de 2023.

9. Recomendaciones

Desde el enfoque de prevención, la Oficina de Control Interno formula una serie de recomendaciones que, si bien pueden ser acogidas a discreción por los líderes de los procesos, deben fortalecerse conforme a lo establecido en el artículo 12, literal k) de la Ley 87 de 1993, que atribuye al auditor interno la función de "verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas".

En este contexto, se reitera la importancia de formular, dar seguimiento y cumplir adecuadamente los planes de mejoramiento, los cuales deben construirse con base en un análisis riguroso de los hallazgos identificados. Dichos planes deben incluir acciones correctivas claras, responsables designados y plazos específicos, que permitan evaluar objetivamente su grado de avance y efectividad.

El análisis institucional del estado actual de los planes de mejoramiento y su evolución anual evidencia la necesidad de evitar recurrencias, fortalecer la gestión del riesgo y consolidar una cultura de mejora continua del sistema de control interno.

Por ello, se hace un llamado urgente a fortalecer los procesos de planificación, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento, poniendo énfasis en:

- La formulación de acciones efectivas,
- La asignación precisa de responsabilidades,
- La validación de resultados mediante indicadores pertinentes y verificables, y

- El establecimiento de **controles preventivos** que garanticen la eficacia y sostenibilidad del sistema de control interno.

A partir de lo anterior, se identifican los siguientes aspectos críticos a mejorar:

✓ **Formulación de las acciones**: Es fundamental identificar de manera precisa la causa raíz de los hallazgos para diseñar acciones correctivas que sean verdaderamente efectivas. Las acciones formuladas deben ser coherentes con los hallazgos, concretas y medibles, de forma que puedan evaluarse objetivamente su impacto. Además, deben estar orientadas no solo a corregir los efectos visibles, sino también a mitigar y/o abordar la causa raíz, asegurando que las medidas implementadas sean de fondo y no solo soluciones superficiales. Este enfoque contribuirá a la mejora sostenible del sistema, evitando que los problemas se repitan en el futuro y garantizando que se logre una verdadera transformación en los procesos involucrados.

✓ **Identificación de los responsables**: Es imprescindible asignar de manera clara y precisa a los responsables de la ejecución de cada acción correctiva, asegurando que cada medida tenga un dueño responsable que se comprometa a llevarla a cabo en los plazos establecidos. Además, es necesario documentar adecuadamente este proceso, incluyendo las justificaciones de las decisiones tomadas, los pasos seguidos y cualquier modificación que se realice durante la implementación de las acciones. La asignación de responsabilidades debe ir acompañada de un seguimiento cercano y sistemático para verificar el cumplimiento y evaluar el impacto de cada acción, garantizando que se mantenga el enfoque en los objetivos planteados.

✓ **Seguimiento al cumplimiento**: Es necesario establecer un mecanismo efectivo y continuo para dar seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas, con el fin de garantizar que se ejecuten de acuerdo con lo establecido. Este mecanismo debe ser transparente y permitir la evaluación periódica del progreso. Además, debe involucrar a los responsables en la revisión de los avances y en la identificación de cualquier obstáculo que pudiera surgir durante la implementación. El seguimiento debe ser realizado de manera oportuna, asegurando que cualquier desviación sea detectada a tiempo y corregida de inmediato para evitar impactos negativos en el cumplimiento de los objetivos.

✓ **Cargue de evidencias**: Las evidencias y documentos relacionados con el avance y cumplimiento de las acciones formuladas deben ser cargados de manera clara, coherente, pertinente y dentro de los plazos establecidos. La correcta gestión de las evidencias es clave para validar el cumplimiento de las acciones, permitiendo una auditoría transparente y objetiva del proceso. Las evidencias no solo deben demostrar que las acciones se han implementado, sino también que estas han tenido un impacto real y positivo en la mejora del sistema de control. Es importante que todas las evidencias sean organizadas y fácilmente accesibles para facilitar su revisión y asegurar la trazabilidad de las acciones realizadas.

- ✓ **Puntos de control efectivos**: Además de los mecanismos de seguimiento y evidencias, es necesario establecer puntos de control que sean estratégicos y efectivos, garantizando que los hallazgos no se repitan en el futuro. Estos puntos de control deben estar alineados con los objetivos estratégicos de la organización y servir como barreras preventivas para mitigar riesgos antes de que se conviertan en problemas recurrentes. La implementación de puntos de control efectivos asegurará no solo la efectividad de las acciones correctivas, sino también la sostenibilidad de los procesos, evitando que se generen recurrencias y consolidando una cultura de mejora continua dentro de la organización.

- ✓ **Gestión de riesgos:** Se recomienda considerar las situaciones identificadas como eventos potenciales de riesgo, dado que podrían afectar el logro de los objetivos institucionales y generar consecuencias legales o administrativas. En este sentido, se sugiere:

  - Coordinar con la Oficina Asesora de Planeación la actualización de los documentos relacionados con la gestión y trámite de los planes de mejoramiento, asegurando su alineación con la normativa vigente y con las mejores prácticas de gestión institucional.
  - Establecer controles adecuados que permitan mitigar los riesgos asociados a la formulación, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento, fortaleciendo así la eficacia del proceso y reduciendo la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos.

Este enfoque integral contribuirá a una gestión consistente y alineada con los objetivos estratégicos, lo que permitirá mejorar los procesos institucionales de manera continua y efectiva.

(ORIGINAL FIRMADO)

Elaborado por		**Revisado y Aprobado por**	
OSCAR JAVIER MONROY DIAZ Profesional Contratista Oficina de Control Interno		**LADY JOHANNA MEDINA MURILLO** Jefe Oficina de Control Interno**.**	
Fecha:	25/06/2025	**Fecha:**	25/06/2025