

MEMORANDO

150
Bogotá D.C.

PARA: **ALEXANDRA MEJIA GUZMAN**
Alcaldesa Local de Chapinero

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 Chapinero

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
Secretaría Distrital de Gobierno

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

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: Diana Esmeralda Zarate Suarez - Profesional 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 Chapinero

Destinatarios

- Gustavo Quintero Ardila - Secretario Distrital de Gobierno
- Subsecretario de Gestión Local
- Alcaldesa Local de Chapinero
- 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 28 de febrero 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 28 de febrero 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:

- Diana Esmeralda Zarate Suarez - Profesional 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. 20251500061093, 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.

Nota: Durante el mes de julio de 2025 se descargaron nuevamente los reportes de SIVICOF, con el propósito de realizar el seguimiento con información actualizada sobre las acciones de mejora en estado “abierto”, derivadas de las auditorías correspondientes a la vigencia 2024 y anteriores. Si bien se identificaron nuevos planes asociados a la vigencia 2025, estos no se incluyen en el presente seguimiento, ya que no hacen parte del alcance definido al inicio del ejercicio auditor.

- **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

Febrero 2025 – Julio 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, 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 la vigencia 2024, la Contraloría de Bogotá realizó dos (2) ejercicios de vigilancia en el Fondo de Desarrollo Local de Chapinero (auditorías 118 de 2024 y 138 de 2024), de los cuales se generaron doce (12) hallazgos, que dieron lugar a veintitrés (23) acciones de mejora. A la fecha del reporte, 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 auditoría y la incidencia de los hallazgos.

7.2.1. Modalidad e Incidencias de los hallazgos

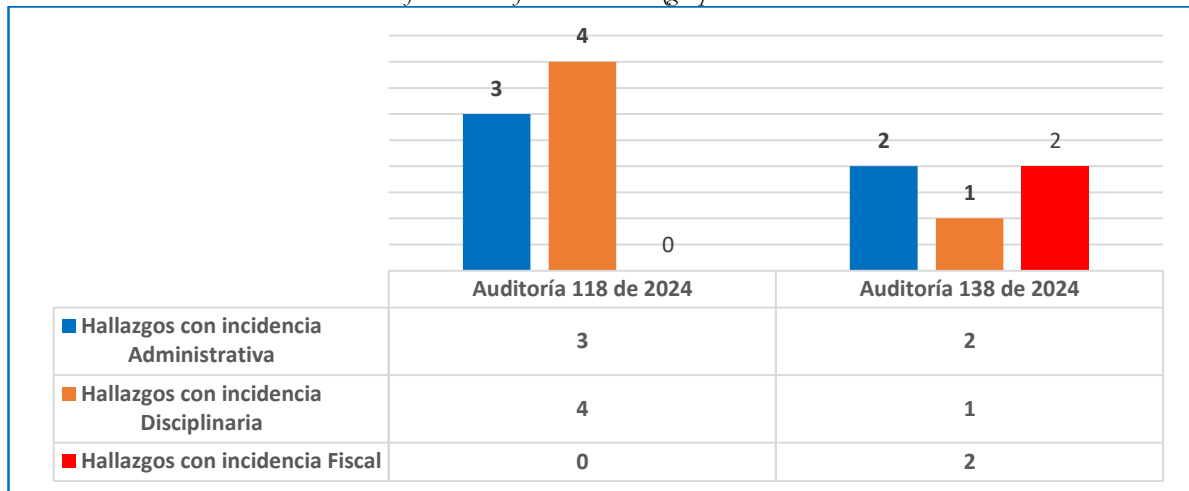
Loa hallazgos generados por el ente de Control y objeto del presente seguimiento ascendieron a 12 con las siguientes incidencias, siendo en un mayor porcentaje las de tipo administrativo y disciplinario, cada uno con 5 hallazgos y 2 hallazgos con incidencia fiscal, así:

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		
Chapinero	Actuación Especial de Fiscalización	2024	118	3	4		7	13
Chapinero	Financiera y de Gestión	2024	138	2	1	2	5	10
TOTAL				5	5	2	12	23

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 23 acciones “abiertas”, de acuerdo con las fechas de terminación de las acciones, se tiene que, **13** de las acciones tienen fecha de terminación al 31/03/2025, y **10** de las acciones de mejora tienen fecha de terminación del 31/12/2025, así:

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

FDL	Acciones con fecha de terminación al 31/03/2025	Acciones con fecha de terminación del 19/12/2025	Total Acciones de Mejora
FDL CHAPINERO	13	10	23

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.

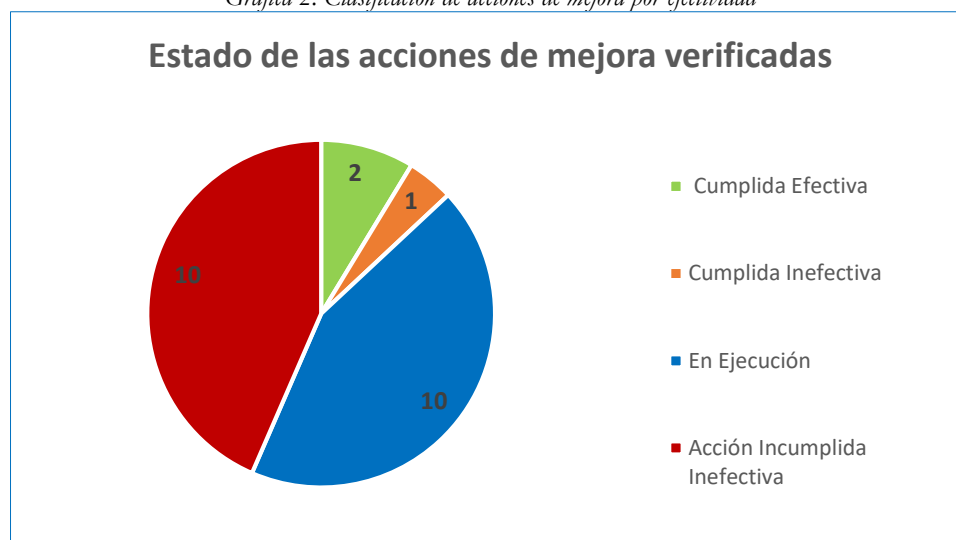
Desde una perspectiva de control y mejora continua, este tipo de acción se considera:

- **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 **23** acciones, **10** acciones se encuentran catalogadas como incumplidas inefectivas, representando un 43%, **10** acciones se encuentran catalogadas como en ejecución lo que representa un 43%, **2** acciones se encuentran cumplidas efectivas con un 9% y finalmente **1** acción se cataloga como cumplida inefectiva con un 4%. Se 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.

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

Dicho lo anterior, se evidencia un alto porcentaje (43%) de acciones de mejora que se encuentran en ejecución, se genera una Alerta, en el sentido que, aunque la acción se encuentra dentro del plazo de ejecución, se deben empezar a realizar las actividades y avanzar en la acción de mejora. En el seguimiento, no se encuentran evidencias del avance al corte del 28/02/2025. Así mismo, se recuerda que las acciones de mejora deben atacar la causa raíz del hallazgo. En todo caso se debe contar con las evidencias y soportes documentales adecuados que den cuenta del cumplimiento de las acciones de acuerdo con la descripción realizada en la formulación del plan, así como lo definido en la fórmula del indicador.

Para las acciones clasificadas como **incumplidas inefectivas**, por diversas razones, como lo son, que la evidencia presentada no especifica puntualmente lo descrito en la acción de mejora, la evidencia no es suficiente para concluir el cumplimiento de la acción. En este caso se genera una **alerta de cumplimiento**, se recomienda revisar, completar si es el caso y ordenar las evidencias que tengan relación directa con las acciones formuladas en los planes de mejora.

Por otra parte, para las acciones catalogadas como **cumplidas inefectivas**, se observa que, lo verificado está de acuerdo con la descripción de la acción, o con lo descrito en el indicador, sin embargo, se deben considerar actividades asociadas a atacar y/o mitigar directamente la causa raíz del hallazgo.

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 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 o no verificables.

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, teniendo en cuenta de mitigar o eliminar la causa raíz de los hallazgos, previniendo la no recurrencia de estos.

Falta sistemática de evidencia

La repetición constante de observaciones que indican la no presentación de evidencias que demuestren directamente lo plasmado en la descripción de la acción de mejora, 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 unidad y trazabilidad de la evidencia, documentando a qué hallazgo y acción corresponde.
- Diseñar un repositorio digital con codificación única de evidencias.

7.2.4 Alertas

Siendo las alertas, herramientas esenciales que permiten gestionar de manera proactiva los planes de mejoramiento, garantizar el cumplimiento de las acciones y mitigar riesgos de manera eficaz, desde el seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno, se generan las siguientes alertas:

Alerta de Cumplimiento: De las 23 acciones de mejora actualmente en estado abierto, 10 han sido catalogadas como incumplidas e inefectivas, lo que representa un 43%. Los hallazgos asociados a estas acciones tienen implicaciones de tipo administrativo y disciplinario. Se recomienda revisar y, si corresponde, completar y organizar las evidencias relacionadas **directamente** con las acciones formuladas en los planes de mejora, asegurando que concuerden con la fórmula del indicador y respondan a atacar, mitigar la causa raíz identificada.

Así las cosas, se recomienda adelantar las tareas que sean necesarias y recabar evidencias suficientes y pertinentes a fin de demostrar al ente de control, tanto el cumplimiento de la acción, como la eliminación de la causa que originó el hallazgo.

Se debe tener mayor rigurosidad al momento de la formulación de los planes de mejora y de la generación y el reporte de las evidencias, para que haya coherencia y relación entre la descripción de la acción, la fórmula del indicador y valor de la meta, así mismo, del reporte de las evidencias.

Por otra parte, se generan alertas frente al avance y/o cumplimiento de las acciones (10 acciones, representando un 43%) cuyo plazo se encuentra en ejecución, que para el momento no presentan evidencias, ni soportes de avance, ya que se pueden convertir en acciones inefectivas. En relación con las acciones que están próximas a vencer:

- ✓ Adelantar de manera oportuna la ejecución de las actividades de mejora, previendo los factores que impidan o dificulten su cumplimiento en término, así como cualquier incoherencia entre la causa raíz, la actividad, el indicador o la meta, para que de ser pertinente se gestionen oportunamente, las modificaciones de requerirse.
- ✓ Las acciones se deben cumplir en el plazo estipulado en el plan de mejora.
- ✓ Tener en cuenta la periodicidad que se planteó en cada una de las acciones, para su efectivo cumplimiento.
- ✓ Las acciones de mejora deben atacar/ mitigar la causa raíz de los hallazgos.
- ✓ Las evidencias deben contener y/o dar cuenta específicamente de lo descrito en la acción de mejora y formula del indicador.
- ✓ Disponer de las evidencias completas y ordenadas para soportar el cumplimiento de las acciones.

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 del plan de mejora, por fallas en la aplicación de metodologías para identificación de la causa raíz. No considerar todas las variables en la planificación inicial, lo que conlleva a acciones de mejora ineficientes.
- Hallazgos recurrentes por falencias en la formulación y ejecución de las acciones formuladas.
- Procesos y procedimientos deficientes y/o desactualizados, sin identificación de puntos de control efectivos y respectivo seguimiento.
- Sanciones por incumplimiento, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 036 de 2023 “...Serán causales susceptibles de investigación sancionatoria el incumplimiento del plan de mejoramiento de la presente resolución reglamentaria, cuando no se adelanten las acciones tendientes a subsanar las deficiencias señaladas por la Contraloría de Bogotá D.C., cuando no se formule acción(es) a un hallazgo determinado, cuando no se culminen las acciones formuladas en el plazo indicado y la inobservancia en los aspectos de presentación, forma, términos y contenido, establecidos en el presente acto administrativo y los expedidos para la rendición de la cuenta...”

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

En el seguimiento a las acciones en estado abierto (23 acciones), de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá, se ha identificado que la mayoría de las acciones (10 acciones que corresponden al 43%), se catalogan como **incumplidas inefectivas**. Las principales causas de incumplimiento es que la evidencia proporcionada no corresponde y/o no especifica puntualmente lo descrito en la acción de mejora o en la fórmula del indicador. Lo anterior puede generar una acción de medio y no de resultado, en el caso de no atacar la causa raíz del hallazgo y generar u riesgo de recurrencia.

Por otro lado, 10 de las acciones de mejora lo que corresponde al 43%, se encuentra dentro del plazo de **ejecución**, pero aún no se han reportado evidencias de avance. Se enfatiza la importancia de presentar las evidencias correspondientes al cumplimiento de las acciones, que deben estar alineadas con la descripción de la acción, la fórmula del indicador y el valor de la meta establecidos previamente, así como cumplir con los plazos estipulados y ajustarse a la periodicidad establecida en la planificación (mensual, trimestral, etc.). Generar evidencias completas, específicas, claras, organizadas y que tengan relación directa con las acciones de mejora. La gestión documental es fundamental para garantizar la efectividad del proceso de mejora.

Así mismo, en la verificación de evidencias de las acciones catalogadas como **cumplidas inefectivas** (1 acción que corresponden al 4%), se observa que, lo verificado está de acuerdo con la descripción de la acción, o con lo descrito en el indicador, sin embargo, se deben considerar actividades asociadas a atacar y/o mitigar directamente la causa raíz del hallazgo, con el fin de prevenir su recurrencia.

Se catalogan 2 de las acciones de mejora (9%), como cumplidas efectivas, al evidenciar que se cumple con lo formulado en la descripción de la acción, dentro del plan de mejora.

Se encuentra:

- Alta proporción de acciones incumplidas inefectivas: 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.

Se detallan a continuación las temáticas identificadas durante el seguimiento:

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 ineffectividad 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.

Se enfatiza que, en la formulación del plan de mejoramiento, debe haber una mayor rigurosidad. Algunas acciones no están adecuadamente enfocadas en atacar la causa raíz del hallazgo, lo que puede resultar en medidas inefectivas. Es crucial que las acciones estén alineadas con el propósito de corregir el problema identificado, asegurando así su impacto real. Por otra parte, desde un inicio, se debe tener claridad sobre los soportes y evidencias que se van a aportar para demostrar el cumplimiento de las acciones, estas evidencias deben dar cuenta y estar **directamente** relacionadas con lo descrito en la formulación del plan (acciones, indicadores, metas).

9. Recomendaciones

Desde el rol de Enfoque hacia la Prevención, la Oficina de Control Interno formula recomendaciones que, aunque acogidas por potestad de los líderes de los procesos, deben ser fortalecidas conforme a lo dispuesto en el artículo 12, literal k) de la Ley 87 de 1993, que señala como función del auditor interno “verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas”.

En este sentido, se reitera la importancia de formular, hacer seguimiento y cumplir adecuadamente los planes de mejoramiento, los cuales deben construirse a partir de un análisis profundo de los hallazgos. Dichos planes deben contener acciones correctivas claras, responsables definidos y fechas límite precisas que permitan evaluar objetivamente su eficacia.

El análisis institucional del estado de los planes de mejoramiento y su evolución anual evidencia la necesidad de evitar reincidencias, fortalecer la capacidad de mitigación de riesgos y asegurar la mejora continua 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	
DIANA ESMERALDA ZARATE SUAREZ Profesional Universitario - Oficina de Control Interno.		LADY JOHANNA MEDINA MURILLO Jefe Oficina de Control Interno.	
Fecha:	17/07/2025	Fecha:	17/07/2025