

MEMORANDO

150

Bogotá, 12/05/2026

PARA: **MARÍA ANGÉLICA GONZÁLEZ RUSSI**
Alcaldesa Local de Teusaquillo**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 Teusaquillo

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 2026, atentamente se remite 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 MURILLOJefe Oficina de Control Interno
Secretaria Distrital de Gobierno**Anexo:** Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento Contraloría- FDL Teusaquillo
Matriz Seguimiento Acciones Abiertas FDL Teusaquillo**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 Universitario 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 TEUSAQUILLO

Destinatarios

- Dr. Gustavo Quintero Ardila - Secretario Distrital de Gobierno.
- Subsecretario de Gestión Local.
- Alcaldesa Local de Teusaquillo
- Jefe Oficina Asesora de Planeación.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Realizar el seguimiento periódico a las acciones en estado “abierta” contenidas en los planes de mejoramiento derivados de auditorías de regularidad, financieras, de gestión y resultados, actuaciones especiales de fiscalización, auditorías de cumplimiento, desempeño, especiales y demás ejercicios adelantados por la Contraloría de Bogotá, con el fin de evaluar su nivel de avance, efectividad e identificación de riesgos asociados, generando alertas preventivas y recomendaciones que permitan garantizar el cumplimiento oportuno y adecuado.

1.2 Objetivos específicos

1.2.1 Verificar el avance de las acciones en estado “abierta” contenidas en los planes de mejoramiento derivados de los distintos ejercicios de control adelantados por la Contraloría de Bogotá.

1.2.2 Evaluar la efectividad e identificar riesgos o desviaciones en la ejecución de las acciones, determinando su contribución al cierre de hallazgos y a la mitigación de sus causas.

1.2.3 Emitir alertas preventivas y recomendaciones técnicas, que permitan fortalecer el cumplimiento oportuno y adecuado de los planes de mejoramiento.

2. Alcance

El análisis comprenderá la revisión de los planes de mejoramiento que, a la fecha de seguimiento, se encuentren en estado “abierto” en el aplicativo SIVICOF, verificando su avance, nivel de cumplimiento y consistencia frente a los compromisos adquiridos ante la Contraloría de Bogotá.

3. Marco normativo o criterios del informe

- Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015".
- Decreto Distrital 640 de 2025 "Por medio del cual se expide el Decreto Único del Sector Gestión Pública".

- Resolución Reglamentaria 019 de 2025 "Por la cual se 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., se adopta un nuevo procedimiento interno y se dictan otras disposiciones".

4. Equipo auditor:

- Diana Esmeralda Zarate Suarez

5. Metodología

En el marco del seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá, la metodología empleada para verificar las acciones de mejora que se encontraban en estado "Abierto", derivadas de los hallazgos registrados en los informes de auditoría de dicha entidad, contempló las siguientes etapas:

Obtención de información: Se realizó la solicitud a la Alcaldía Local mediante el memorando No. 20261500117973, el reporte de avance de las acciones de mejora "abiertas", evidencias y soportes documentales correspondientes, información que fue organizada en una matriz de control para facilitar su análisis.

Análisis de hallazgos: Se revisaron los hallazgos con el propósito de comprender su contexto, causas e impactos, estableciendo así una base para valorar las medidas adoptadas.

Clasificación de la efectividad de las acciones correctivas: Con base en los soportes recibidos, se analizó la pertinencia, oportunidad y efectividad de las acciones implementadas, verificando su coherencia con lo reportado y con las recomendaciones formuladas en los informes de auditoría.

Análisis de datos: Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de la información, considerando variables como tipo de auditoría, recurrencia de hallazgos y fechas de cumplimiento, lo que permitió formular observaciones, alertas y recomendaciones orientadas a fortalecer el proceso de mejora.

Formulación de observaciones y recomendaciones: Como resultado del proceso, se formularon observaciones, se emitieron alertas y se presentaron recomendaciones.

6. Periodo de ejecución

Marzo 2026 - Mayo 2026

7. Desarrollo

Una vez efectuada la revisión de los aspectos señalados en el numeral 5, correspondiente a la Metodología, se presenta un análisis orientado a evaluar el grado de cumplimiento y la efectividad de las acciones implementadas.

A partir de este análisis, la Oficina de Control Interno emite observaciones, recomendaciones y alertas con el fin de fortalecer los procesos y garantizar el cumplimiento de los planes de mejoramiento. Las observaciones identifican inconsistencias y debilidades en la ejecución; las recomendaciones proponen acciones correctivas y

preventivas viables; y las alertas señalan riesgos que podrían afectar el cumplimiento de los planes o el Sistema de Control Interno, facilitando decisiones proactivas.

Además, las recomendaciones promueven la mejora continua, fomentan la eficiencia y la prevención, e incluyen sugerencias para optimizar metodologías y herramientas, asegurando alineación con mejores prácticas y normatividad vigente. Este proceso contribuye a la eficacia y sostenibilidad de los planes de mejoramiento, consolidando un ambiente de control más sólido y adaptado a las necesidades de la entidad.

Evaluación de la efectividad de planes de mejoramiento

Para la evaluación metodológica, se definieron las siguientes categorías para clasificar las acciones, con base en las evidencias de cumplimiento proporcionadas por la Alcaldía Local:

- Acción Cumplida Efectiva: La acción implementada demuestra, mediante evidencia objetiva, que se eliminaron las causas de los hallazgos o no conformidades.
- Acción Cumplida Inefectiva: La acción se ejecutó, pero no logró el resultado esperado ni solucionó la causa raíz del hallazgo. Este tipo de acción puede considerarse:
 - Acción de medio, no de resultado: Se centró en la realización de actividades, pero no resolvió el problema subyacente; cumple formalmente, pero sin impacto real.
 - Ineficaz o insuficiente: No contribuye a eliminar la deficiencia detectada, pudiendo generar la persistencia del hallazgo o la necesidad de nuevas medidas correctivas.
- Acción Incumplida Inefectiva: No se ejecutó, se realizó parcialmente, fuera del plazo o la evidencia presentada no corresponde con la acción planificada.
- Acción en Ejecución: La acción está en proceso, con seguimiento y evidencias de avance conforme al programa de ejecución.
- Acción en Ejecución con Incumplimiento: La acción se encuentra dentro del plazo, pero no presenta avances según lo programado en el indicador o carece de evidencias.

Nota: La efectividad de la acción dependerá de la continuidad y consistencia con que ejecuten controles asociados a las acciones implementadas, para que las situaciones observadas por el ente de control no se vuelvan a presentar. Es de aclarar que, la calificación final de la efectividad de las acciones y planes de mejoramiento, la realiza el ente de control en su evaluación.

7.1 Contexto hallazgos

Teniendo como referencia las acciones de mejora en estado **abierto**, se tiene que durante la vigencia 2024 y 2025, la Contraloría de Bogotá realizó cinco (3) ejercicios de vigilancia en el Fondo de Desarrollo Local de Teusaquillo (auditorías 141 de 2024, 109 y 136 de 2025), de los cuales se generaron dieciocho (18) hallazgos, que dieron lugar a veintiún (21) 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 auditoría y la incidencia de los hallazgos.

7.2.1. Modalidad e Incidencias de los hallazgos

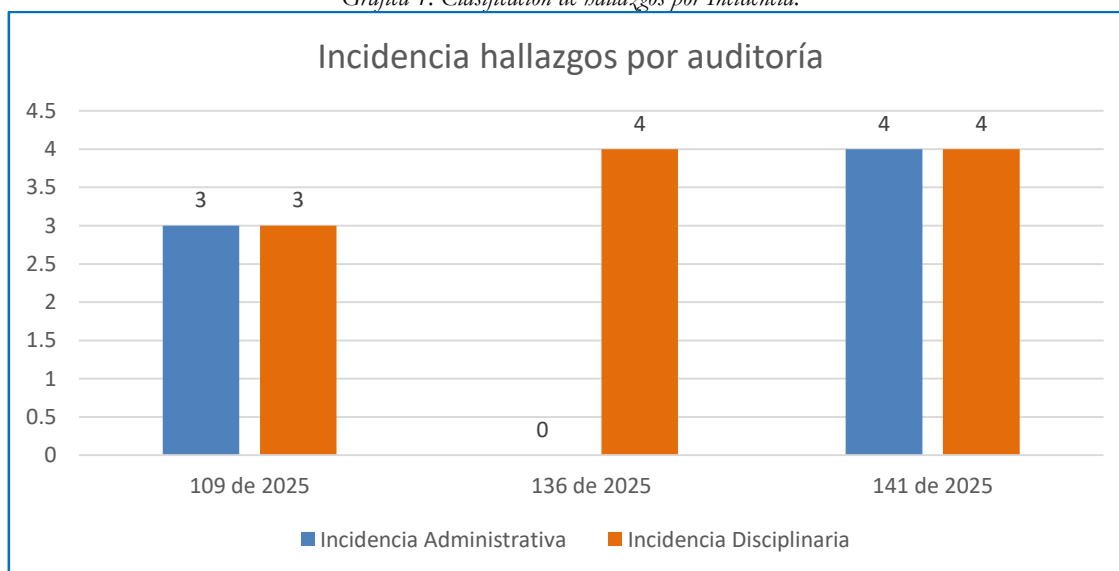
Los hallazgos generados por el ente de Control y objeto del presente seguimiento ascendieron a 18 con las siguientes incidencias, siendo en un mayor porcentaje las de tipo Disciplinario con 11 hallazgos (61%), seguido por la incidencia Administrativa con 7 hallazgos (39%), así:

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		
TEUSAQUILLO	Auditoría Financiera y de Gestión y Resultados	2025	109	3	3	0	6	6
TEUSAQUILLO	Actuación Especial de Fiscalización	2025	136	0	4	0	4	5
TEUSAQUILLO	Auditoría Financiera y de Gestión	2024	141	4	4	0	8	10
TOTAL				7	11	0	18	21

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 **21** acciones “abiertas”, de acuerdo con las fechas de terminación de las acciones, se observa lo siguiente: 16 acciones tienen la fecha de terminación estipulada ya finalizada (1 acción finalizaba en agosto de 2025, 14 acciones finalizaban en diciembre de 2025 y 1 acción finalizaba en febrero de 2026), por lo que se consideran ya concluidas (Por lo cual se debe contar con los soportes **completos** del cumplimiento de las acciones); Por su parte, 1 acción presenta fecha de terminación entre al 30/06/2026 y 4 acciones de mejora cuentan con fecha de terminación el 26/11/2026, lo que indica que aún se encuentran en etapa de **ejecución**.

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

FDL	Acciones con fecha de terminación hasta el 28/02/2026	Acciones con fecha de terminación al 30/06/2026	Acciones con fecha de terminación entre al 26/11/2026	Total Acciones de mejora
FDL TEUSAQUILLO	16	1	4	21

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

7.2.3 Valoración de la efectividad de planes de mejoramiento

En el ejercicio de seguimiento, la Oficina de Control Interno, de acuerdo con las evidencias aportadas, una vez valorado el avance y/o cumplimiento de las acciones de mejora en estado “abierto”, realizó la clasificación de las 21 acciones, así:

- 3 acciones (14%) se encuentran Cumplidas Efectivas.
- 9 acciones (43%) se encuentran Cumplidas Inefectivas.
- 5 acciones (24%) se encuentran En Ejecución.
- 0 acciones (0%) se encuentran En Ejecución con Incumplimiento.
- 4 acciones (19%) se encuentran Incumplidas Inefectivas.

Los resultados evidencian que la mayor proporción de acciones corresponde a las catalogadas como cumplidas inefectivas (43 %). En este sentido, es importante prestar especial atención a dichas acciones, garantizando que se cuente con los soportes y/o evidencias de cumplimiento debidamente organizados, completos y relacionados de manera directa con la acción de mejora, así como con la fórmula del indicador. Estos soportes deben encontrarse dentro del periodo establecido para la ejecución de la acción. Además, el cumplimiento de la acción debe ayudar a eliminar la causa raíz o mitigar el(los) riesgo(s) asociado(s) que dieron origen al hallazgo.

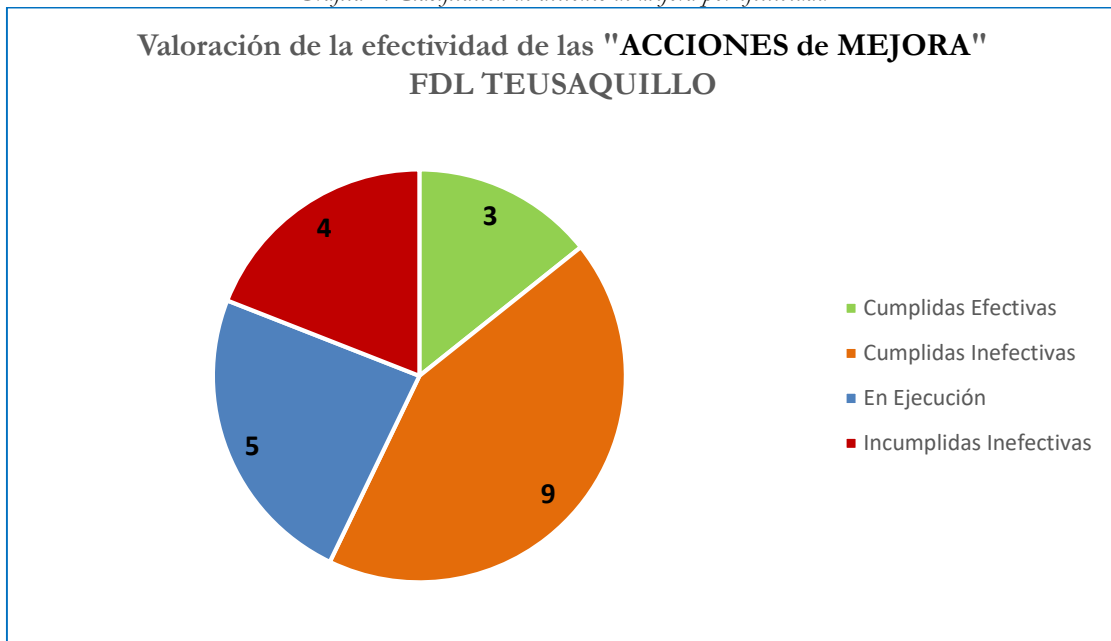
En segundo lugar, se encuentran las acciones catalogadas como en ejecución (24 %). Estas acciones permanecen dentro del plazo establecido para su desarrollo; por tanto, es necesario adelantar las actividades previstas, realizar el respectivo seguimiento y aportar la gestión documental que evidencie el avance y/o cumplimiento de estas.

En tercer lugar, se presentan las acciones catalogadas como incumplidas e inefectivas (19 %). En estos casos, es fundamental evidenciar la ejecución de lo establecido en la acción de mejora y reportar el resultado obtenido a partir de la fórmula del indicador. Asimismo, la acción de mejora debe orientarse a eliminar la causa raíz o mitigar el(los) riesgo(s) asociado(s) que dieron origen al hallazgo, con el fin de evitar su recurrencia.

Finalmente, con el 14% de las acciones de mejora se catalogan como cumplidas efectivas.

Lo descrito se muestra 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 evolución se puede consultar en el anexo “Matriz de seguimiento”

Considerando el análisis realizado a las acciones de mejora y la validación de las evidencias aportadas, se observa que una proporción significativa presenta debilidades tanto en su ejecución como en la calidad de los soportes reportados. En algunos casos, las evidencias suministradas no guardan relación directa con la descripción de la acción de mejora, no permiten verificar lo establecido en la fórmula del indicador, se encuentran fuera del periodo definido para la ejecución de la acción o resultan insuficientes para acreditar su cumplimiento.

En consecuencia, se genera una alerta de cumplimiento, por lo que se recomienda revisar, complementar y organizar las evidencias de manera que estén directamente relacionadas con las acciones formuladas en los planes de mejoramiento y permitan verificar de forma clara el logro de los resultados esperados.

Por otra parte, las acciones deben enfocarse a la implementación de controles o medidas efectivas orientadas a eliminar o mitigar la causa raíz del hallazgo y, en consecuencia, prevenir su recurrencia.

7.2.4 Alertas

En el marco del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, y considerando que las alertas constituyen herramientas fundamentales para gestionar de manera preventiva los planes de mejoramiento, se identifican las siguientes situaciones que requieren especial atención por parte de las áreas responsables:

De los 18 hallazgos identificados:

- 11 presentan **incidencia disciplinaria**
- 7 presentan **incidencia administrativa**

Resulta clave reforzar los mecanismos de seguimiento y evaluación, con el fin de verificar no solo el cumplimiento de las acciones, sino también su impacto en la mejora de la gestión, evitando así la reiteración de observaciones en futuros ejercicios de auditoría.

El análisis de las acciones evidencia una situación que requiere atención, especialmente en términos de efectividad y cumplimiento:

Se observa que solo el 14% de las acciones (3) se encuentran cumplidas efectivas, lo cual refleja un bajo nivel de cierre exitoso de las actividades planteadas. Si bien existe un 43% (9 acciones) clasificadas como cumplidas, estas no han sido efectivas, lo que sugiere debilidades en la calidad de la ejecución, acciones de medio y no de resultado, en la pertinencia de las acciones implementadas frente a los objetivos esperados o que la acción no ataca directamente la causa del hallazgo, para evitar recurrencias.

Por otra parte, el 24% de las acciones (5) se encuentra en ejecución, lo cual indica avances en curso; sin embargo, estas aún deben consolidarse para evidenciar resultados concretos y efectivos.

El 19% (4 acciones) se encuentran catalogadas en el rango de incumplido e inefectivo, esto evidencia fallas significativas en la planificación, gestión o seguimiento de las acciones, y plantea la necesidad de revisar de manera estructural las causas que han impedido su cumplimiento.

Alertas de seguimiento:

- Monitorear periódicamente el avance de cada acción de mejora, asegurando que las evidencias reflejen efectivamente el cumplimiento y la mitigación de las causas raíz.
- Reforzar la coherencia entre la descripción del hallazgo, la acción de mejora, la fórmula del indicador y la meta establecida.
- Fortalecer la gestión documental y entrega de evidencias concretas y directamente relacionadas con las acciones de mejora.

7.3 Evaluación del Riesgo

En desarrollo del presente seguimiento se realizó la identificación de los riesgos asociados al proceso, con el objetivo de establecer la relación entre los eventos potenciales identificados y los controles existentes dentro del proceso institucional.

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 institucional de Gestión del Conocimiento, no contempla de manera explícita riesgos asociados al aspecto evaluado en el presente informe. No obstante, a partir del análisis realizado por la Oficina de Control Interno, se identificaron situaciones que pueden constituir eventos potenciales de riesgo, capaces de afectar el logro de los objetivos institucionales y que, en consecuencia, deben ser evaluadas y gestionadas oportunamente.

Entre las principales situaciones identificadas se encuentran:

- ✓ **Formulación incorrecta de los planes de mejoramiento:** Se evidencian debilidades en la aplicación de metodologías estructuradas para el análisis de causas raíz, lo que puede generar acciones de mejora que no atacan directamente las causas que originaron los hallazgos.
- ✓ **Recurrencia de hallazgos:** Las debilidades en la formulación y ejecución de las acciones correctivas pueden generar la reiteración de observaciones en auditorías posteriores, lo que afecta la efectividad de las medidas adoptadas y la mejora continua de los procesos institucionales.
- ✓ **Procesos y procedimientos desactualizados o con controles insuficientes:** La ausencia de puntos de control claramente definidos y de mecanismos de seguimiento estructurados puede incrementar la probabilidad de desviaciones en la gestión de los planes de mejoramiento.
- ✓ **Riesgo de sanciones por incumplimiento:** De acuerdo con lo establecido en la Resolución Reglamentaria 019 de 2025 de la Contraloría de Bogotá D.C., el incumplimiento de los planes de mejoramiento, la falta de formulación de acciones frente a los hallazgos determinados, la no culminación de las acciones en los plazos establecidos o el incumplimiento de los aspectos de forma, contenido y oportunidad en los reportes pueden dar lugar a procesos sancionatorios por parte del ente de control.

Si bien en la documentación vigente del proceso no se identifican riesgos específicos asociados a estos aspectos, se recomienda incorporar estas situaciones dentro de los instrumentos institucionales de gestión del riesgo, con el fin de fortalecer los mecanismos de control y prevenir posibles afectaciones al cumplimiento de los objetivos institucionales.

En el marco del seguimiento realizado a las acciones en estado abierto de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá D.C., se identificó que una proporción significativa de las acciones evaluadas presenta debilidades en su efectividad o en su ejecución.

Las principales causas identificadas corresponden a situaciones como:

- Evidencias que no guardan relación con la descripción de la acción o con la fórmula del indicador.
- Soportes documentales que no permiten verificar el cumplimiento de la meta establecida.
- Evidencias cuya fecha se encuentra fuera del período de ejecución definido para la acción de mejora.

Adicionalmente, del análisis realizado se identifican las siguientes temáticas recurrentes:

- **Debilidad en el análisis de causas raíz:** Aunque se implementan acciones correctivas, estas no solucionan de manera efectiva las causas de los hallazgos, lo que genera recurrencia en las observaciones.

- **Acciones centradas en medios y no en resultados:** En varios casos las acciones se enfocan en actividades formales como capacitaciones, reuniones o elaboración de documentos, sin abordar de fondo el problema identificado.
- **Seguimiento insuficiente a la efectividad de las acciones:** Persisten debilidades en la medición del impacto de las acciones implementadas, lo que puede derivar en la reiteración de hallazgos en auditorías posteriores.
- **Deficiencias en la formulación de indicadores y metas:** Se identifican inconsistencias en la construcción de indicadores y en la definición de metas, algunas sin base de cálculo o con valores poco verificables.
- **Debilidades en la gestión documental y control de evidencias:** En algunos casos se presentan documentos incompletos, sin firmas, repetidos o sin información suficiente para respaldar las acciones reportadas.
- **Limitaciones en el seguimiento preventivo y generación de alertas:** No siempre se evidencia una gestión oportuna de alertas o mecanismos de seguimiento preventivo sobre acciones críticas o de mayor riesgo.

8. Conclusiones

De los **18** hallazgos identificados, la mayor proporción corresponde a hallazgos con incidencia disciplinaria (11 hallazgos), seguida de aquellos con incidencia administrativa (7 hallazgos); lo que evidencia la diversidad de riesgos y oportunidades de mejora presentes en la entidad. Por su parte, no se registran hallazgos con incidencia fiscal.

Del total de 21 acciones de mejora en estado “abierto”:

- Solo 3 acciones de mejora (**14%**) se clasifican como **cumplidas efectivas**, mostrando que un número limitado de acciones ha alcanzado los resultados esperados.
- 9 acciones de mejora (**43%**), se catalogan como **cumplidas inefectivas**, indicando que las actividades ejecutadas no resolvieron las causas raíz de los hallazgos, o no cumple completamente lo descrito en la acción de mejora y/o fórmula del indicador.
- 5 acciones de mejora (**24%**) se encuentran **en ejecución**, esto indica que están dentro del plazo de ejecución de la acción de mejora.
- Finalmente, 4 acciones de mejora (**19%**) se consideran **incumplidas inefectivas**, reflejando deficiencias en la ejecución y en la gestión de evidencias.

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de **fortalecer la formulación, seguimiento y control de los planes de mejora**, garantizando que las acciones propuestas aborden la causa raíz de los hallazgos y cuenten con evidencias suficientes, organizadas y verificables, de tal manera que se eviten recurrencias y resulte efectivo el plan de mejora.

9. Recomendaciones

Desde el rol de enfoque hacia la prevención, la Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones, las cuales deben ser consideradas por los líderes de proceso en el marco de lo dispuesto en el artículo 12 literal k) de la Ley 87 de 1993, que establece como función del auditor interno verificar que se implementen las medidas recomendadas.

En este sentido, se enfatiza la importancia de fortalecer la **formulación, seguimiento y cumplimiento** de los planes de mejoramiento, asegurando que estén estructurados a partir de un análisis riguroso y sistemático de los hallazgos y sus causas. Un diagnóstico sólido de la causa raíz permite diseñar acciones de mejora efectivas, orientadas a mitigar los riesgos identificados, prevenir recurrencias y garantizar resultados sostenibles. Además, es fundamental establecer indicadores claros, metas alcanzables y mecanismos de seguimiento que permitan evaluar de manera objetiva el avance y la efectividad de cada acción implementada.

Recomendaciones:

1. Incidencia disciplinaria:

- Realizar seguimiento a los procesos disciplinarios establecidos, garantizando que se cumpla con la normativa interna y las disposiciones legales aplicables.
- Registrar y archivar todas las evidencias relacionadas con las actuaciones correspondientes.
- Promover la capacitación adecuada al personal sobre responsabilidades y conducta institucional para reducir riesgos de reincidencia.

2. Incidencia administrativa:

- Evaluar la eficacia de los procedimientos, controles internos que originaron los hallazgos y aplicar mejoras para fortalecer la gestión administrativa.
- Documentar los planes de acción con indicadores y metas claras para dar cumplimiento a las recomendaciones.
- Implementar un seguimiento periódico de las acciones de mejora para garantizar cierre efectivo de los hallazgos.

A partir del análisis realizado, se identifican los siguientes aspectos críticos a mejorar:

Formulación de las acciones: Las acciones correctivas deben diseñarse a partir de una identificación clara de la causa raíz de los hallazgos, de manera que permitan eliminar o mitigar efectivamente la situación observada. Estas acciones deben ser concretas, medibles y coherentes con el hallazgo identificado.

Identificación de responsables: Es fundamental asignar de manera clara los responsables de la ejecución de cada acción correctiva, garantizando que exista trazabilidad en la toma de decisiones y en el desarrollo de las actividades programadas.

Seguimiento al cumplimiento: Se recomienda fortalecer los mecanismos de seguimiento periódico al avance de las acciones, generar alertas de cumplimiento, permitiendo identificar oportunamente desviaciones o dificultades en su ejecución.

Gestión y cargue de evidencias: Las evidencias que soportan el cumplimiento de las acciones deben ser claras, pertinentes y cargarse dentro de los plazos establecidos, asegurando su trazabilidad y disponibilidad para los procesos de verificación.

Implementación de puntos de control efectivos: Es necesario establecer controles que permitan prevenir la recurrencia de los hallazgos identificados y fortalecer la gestión institucional.

Limitaciones en el seguimiento preventivo y generación de alertas: No siempre se evidencia una gestión oportuna de alertas o mecanismos de seguimiento preventivo sobre acciones críticas o de mayor riesgo.

(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:	12/05/2026	Fecha:	12/05/2026