

MEMORANDO

150

Bogotá, 30-06-2026

PARA: **Dr. DANIEL HERNANDO ORTIZ QUINTERO.**
Alcaldesa Local de Usaquén**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 Usaquén

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 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 MURILLOJefe Oficina de Control Interno
Secretaria Distrital de Gobierno**Anexo:** Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento Contraloría- AL Usaquén
Matriz Seguimiento Acciones Abiertas AL Usaquén**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:** Martha Mireya Sanchez Figueroa - Contratista OCI**Aprobó/Revisó:** Lady Johanna Medina Murillo

Informe de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá – Alcaldía Local de Usaquén**Destinatarios**

- Dr. Gustavo Quintero Ardila - Secretario Distrital de Gobierno.
- Subsecretario de Gestión Local.
- Alcalde Local de Usaquén
- 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:

- Líder: Diana Esmeralda Zarate Suarez
- Apoyo: Martha Mireya Sánchez Figueroa

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. 20261500125363, 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

Mayo 2026 - Junio 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.

7.1 Contexto hallazgos

Tomando como referencia las acciones de mejora que actualmente se encuentran en estado abierto, se evidenció que durante las vigencias 2024 y 2025 la Contraloría de Bogotá D.C. realizó tres (3) ejercicios de vigilancia y control fiscal al Fondo de Desarrollo Local de Usaquén, correspondientes a las auditorías No. **97** de 2024 y 2025, **117** de 2024 y 2025 y **137** de 2024. Como resultado de dichos ejercicios se formularon treinta y tres (33) hallazgos, que dieron lugar inicialmente a cuarenta y tres (43) acciones de mejora.

A la fecha del presente seguimiento, y de conformidad con el memorando No. 20265110123112 remitido por la Contraloría, mediante el cual se socializó el Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (AFGR) – PDVCF 2026, Código de Auditoría No. 99, de junio de 2026, el ente de control calificó diecinueve (19) acciones como “cumplida efectiva”, asociadas a catorce (14) hallazgos, y dieciséis (16) acciones como “cumplida”, correspondientes a trece (13) hallazgos.

En consecuencia, permanecen en estado abierto siete (7) hallazgos, asociados a ocho (8) acciones de mejora. Respecto de estas, deberán mantenerse las actividades de seguimiento, monitoreo y verificación hasta asegurar el cumplimiento efectivo de los compromisos establecidos. Cabe señalar que siete (7) de las ocho (8) acciones tienen prevista como fecha de terminación el 26 de noviembre de 2026.

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

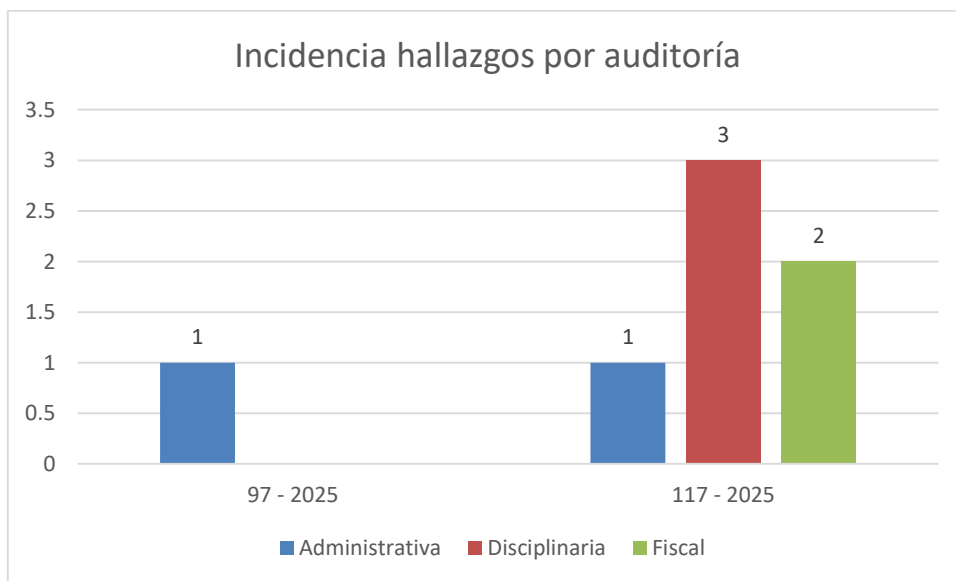
Los hallazgos generados por el ente de Control y objeto del presente seguimiento ascendieron a 8 con las siguientes incidencias, siendo en un mayor porcentaje las de tipo Disciplinario con 3 hallazgos, seguido por la incidencia Administrativa con 2 hallazgos y con incidencia Fiscal se presentaron 2 hallazgos, 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		
Usaquén	Auditoría financiera de gestión y resultados	2025	97	1			1	1
Usaquén	Actuación especial de fiscalización	2025	117	1	3	2	6	7
TOTAL				2	3	2	7	8

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”

Considerando que las ocho (8) acciones de mejora permanecen en estado abierto y tienen como fecha de terminación el 26 de noviembre de 2026, resulta necesario mantener el monitoreo y seguimiento continuo de su ejecución, a fin de asegurar el cumplimiento de las actividades programadas dentro de los plazos establecidos.

Tabla 2. Acciones, clasificados por fecha de terminación

FDL	Acciones con fecha de terminación entre 30/01/2026 al 26/11/2026	Total Acciones
FDL Usaquéen	8	8

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.

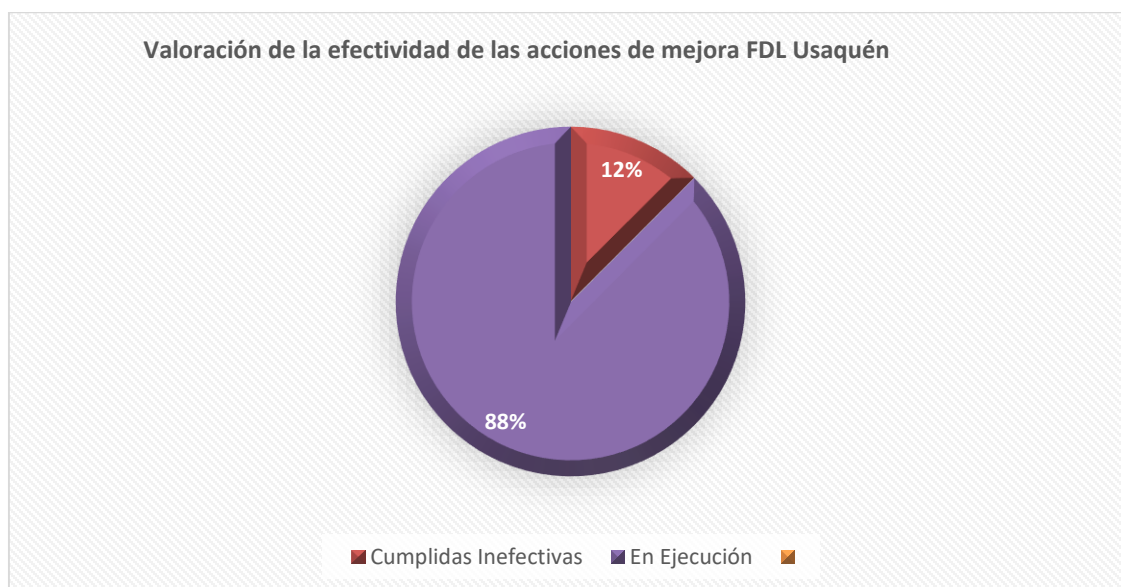
- **Acción Incumplida Inefectiva:** Sin ejecución de la acción o se ejecutó parcialmente o se hizo fuera del plazo o la evidencia no es la planteada en la descripción de la acción.
- **Acción en Ejecución:** Acción con seguimiento y evidencias de avance programado a la fecha / que se encuentra dentro 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 8 acciones:

- 1 acción (12%) se encuentra catalogada como Cumplida Inefectiva.
- 7 acciones (88%) se encuentran En Ejecución.

Los resultados evidencian que la mayor proporción corresponde a acciones que se encuentran en estado de ejecución y cuya implementación inició el 1 de enero de 2026. En consecuencia, se recomienda continuar desarrollando las actividades necesarias para asegurar el cumplimiento efectivo de las acciones formuladas, así como fortalecer la trazabilidad, el seguimiento y el cargue oportuno de las evidencias que permitan demostrar de manera objetiva los avances alcanzados y los resultados obtenidos en los próximos ejercicios de seguimiento. A continuación, se presenta la gráfica correspondiente:

Gráfica 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 efectuado a las acciones de mejora y la validación de las evidencias aportadas por las áreas responsables de la Alcaldía Local de Usaqué, se evidencia que las acciones catalogadas como Cumplidas Inefectivas corresponden a medidas ineficaces o insuficientes, en tanto no contribuyen de manera efectiva a eliminar la deficiencia detectada, lo que podría generar la persistencia del hallazgo o la necesidad de implementar nuevas acciones correctivas.

7.2.4 Alertas

En el marco del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno y considerando que las alertas constituyen una herramienta preventiva para la gestión efectiva de los planes de mejoramiento, se identificaron las siguientes situaciones que requieren especial atención por parte de las dependencias responsables.

Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer las actividades de seguimiento y control sobre las acciones que continúan abiertas, particularmente en lo relacionado con la consistencia entre la acción formulada y las evidencias reportadas para acreditar su cumplimiento. En este sentido, es importante garantizar que las acciones sean claras, específicas, medibles, verificables y coherentes con la causa raíz que dio origen al hallazgo.

Se requiere mantener un monitoreo permanente sobre la ejecución de las acciones de mejora, con el fin de garantizar el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos dentro de los plazos establecidos. Asimismo, es indispensable que cada acción esté orientada a subsanar la causa raíz identificada, con el propósito de prevenir la recurrencia del hallazgo y fortalecer los controles institucionales. En consecuencia, se debe asegurar el cumplimiento de las fechas de terminación definidas y el cargue oportuno de evidencias, soportes y registros documentales suficientes, pertinentes y verificables que permitan demostrar de manera objetiva y trazable la ejecución, el avance y la efectividad de las actividades desarrolladas.

Así mismo, se precisa que en la matriz anexa se detallan las situaciones identificadas para cada acción de mejora, las cuales se encuentran registradas en la columna denominada “Observaciones OCI”, donde se consignan los resultados del análisis efectuado por la Oficina de Control Interno y las recomendaciones correspondientes para su atención.

Finalmente, se relacionan los diez (10) hallazgos identificados por el ente de control en el marco del Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (AFGR) – PDVCF 2026, Código de Auditoría No. 99, socializado mediante el Memorando No. 20265110123112, remitido por la Contraloría de Bogotá D.C. En consecuencia, la entidad deberá formular las acciones de mejora que permitan subsanar o mitigar las causas que dieron origen a los hallazgos identificados, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución Reglamentaria No. 019 de 2025 de la Contraloría de Bogotá D.C., observando los términos, lineamientos, requisitos metodológicos y plazos definidos para la presentación, ejecución, seguimiento y reporte del respectivo Plan de Mejoramiento.

Tabla 3. Hallazgos identificados del Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (AFGR) – PDVCF 2026

Numeral	Tipo de Hallazgo	Descripción del Hallazgo
3.1.1.1	Administrativo	Falencias en el seguimiento, registro, activación y control de los contratos de obra y sus interventorías relacionados con Bienes de Uso Público, generando incertidumbre en el saldo de la cuenta por \$38.351.456.504 y falta de revelación en las notas a los estados financieros.
3.1.1.2	Administrativo	Falencias en la conciliación, registro y gestión para la depuración de los saldos de la cuenta 19080103 Convenios Interadministrativos y debilidades en las revelaciones de las notas a los estados financieros por \$63.928.311.
3.2.3.1	Administrativo con presunta incidencia disciplinaria	Incumplimiento en la rendición de la cuenta 2025 a través de SIVICOF, Formato CB-0422 “Gastos e Inversiones por Proyecto y Meta”, por registro de información incompleta.

3.2.3.2	Administrativo con presunta incidencia disciplinaria	Incoherencia entre el objeto de algunos contratos evaluados y las metas y proyectos hacia los cuales fueron orientados los recursos.
3.2.3.3	Administrativo	Inconsistencias en el pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales de contratistas por prestación de servicios personales (Resoluciones 070 y 100 de 2025), Proyecto 2559, Meta 2.
3.2.3.4	Administrativo	Incumplimiento de giros en la ejecución presupuestal de la inversión directa 2025, equivalente al 48% de los recursos comprometidos del Plan de Desarrollo Local 2025-2028 "Usaquén Camina Segura".
3.2.4.1	Administrativo con presunta incidencia disciplinaria	Fallas en la planeación contractual e incumplimiento del Manual de Supervisión e Interventoría del Convenio Administrativo 736 de 2024.
3.2.4.2	Administrativo con presunta incidencia disciplinaria	Fallas en la planeación contractual, trazabilidad financiera, exclusión de población prioritaria e incumplimiento de la función de supervisión en el Convenio Interadministrativo 395 de 2023.
3.2.4.3	Administrativo con incidencia fiscal y presunta incidencia disciplinaria	Hallazgo por \$39.519.792 derivado de fallas en la dotación de elementos pedagógicos, dotaciones físicas y falta de efectividad en la supervisión del Contrato 399 de 2025.
3.2.4.4	Administrativo con presunta incidencia disciplinaria	Mayor valor en la sustentación técnica de la adición y observaciones sobre el estado de algunos segmentos viales objeto del COP 296 de 2022 y su Interventoría CI-301 de 2022.

Fuente: Elaboración propia OCI con base en el Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (AFGR) – PDVCF 2026.

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:

- ✓ **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.

8. Conclusiones

Del total de ocho (8) acciones analizadas, se evidenció que todas continúan en estado de ejecución, con fecha de finalización prevista para el 26 de noviembre de 2026.

Por lo anterior, es importante que las dependencias responsables mantengan un seguimiento permanente al avance de las actividades programadas, verificando el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos y la adecuada gestión de los riesgos que puedan afectar su ejecución. Así mismo, se recomienda garantizar que las evidencias aportadas sean suficientes, pertinentes y coherentes con la acción formulada, de manera que permitan demostrar tanto su cumplimiento como su efectividad frente a la causa raíz que originó el hallazgo.

Lo anterior contribuirá a asegurar el cierre efectivo de las acciones de mejora dentro de los plazos establecidos y a fortalecer el sistema de control interno y la gestión institucional.

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 reitera la importancia de fortalecer la formulación, seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento, los cuales deben estructurarse a partir de un análisis riguroso de los hallazgos y de sus causas.

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, 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	
Martha Mireya Sánchez Figueroa Profesional Oficina de Control Interno.		Lady Johanna Medina Murillo Jefe Oficina de Control Interno.	
Fecha:	19/06/2026	Fecha:	30/06/2026