

**MEMORANDO**

(150)

Bogotá, D.C., julio 17 de 2026

**PARA:** **VÍCTOR ALFONSO CRUZ SÁNCHEZ**  
Alcalde Local de Puente Aranda**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 Puente Aranda

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 MURILLO**

Jefe Oficina de Control Interno

Secretaria Distrital de Gobierno

**Anexo:** Informe de seguimiento a los planes de mejoramiento Contraloría- FDL Puente Aranda  
Matriz Seguimiento Acciones Abiertas FDL Puente Aranda**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:** Yeina Rocío Aviles Barreiro – Profesional 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 Puente Aranda

### Destinatarios

- Dr. Gustavo Quintero Ardila - Secretario Distrital de Gobierno.
- Subsecretario de Gestión Local.
- Alcalde Local de Puente Aranda
- 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: Yeina Rocío Aviles Barreiro

#### **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. 20261500134553, 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**

Junio de 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 Puente Aranda, correspondientes a las auditorías No. **112** de 2025, **131** de 2025 y **144** de 2024. Como resultado de dichos ejercicios se formularon cincuenta y cuatro (54) hallazgos, que dieron lugar inicialmente a cincuenta y ocho (58) acciones de mejora.

A la fecha del presente seguimiento, y de conformidad con el memorando No. 20266610056712 remitido por la Contraloría de Bogotá, mediante el cual se socializó el Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados AFGR (PDVCF 2026) Código de Auditoría No. 114 de junio de 2026, el ente de control calificó treinta y nueve (39) acciones como “cumplida efectiva”, asociadas a treinta y cinco (35) hallazgos, y nueve (9) acciones como “incalificable”.

En consecuencia, permanecen en estado abierto diez (10) hallazgos, asociados a la auditoría **131** de 2025. Respecto de estos, se resalta que fueron acciones que finalizaron su ejecución el 30 de junio de 2026, y se detallan las observaciones realizadas en la Matriz para reporte de seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría - Puente Aranda.

## 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

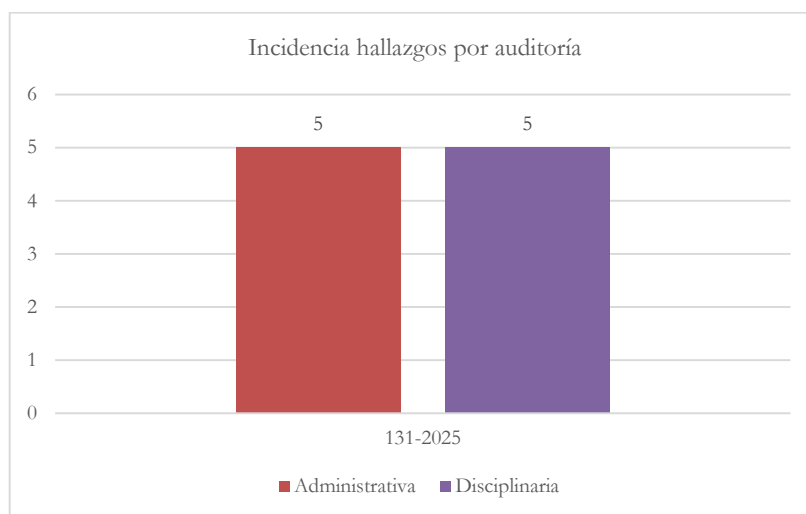
Los hallazgos generados por el ente de Control y objeto del presente seguimiento ascendieron a 10 con las siguientes incidencias, de tipo Disciplinario con 5 hallazgos, e incidencia Administrativa con 5, así:

*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 |                 |                               |
| Puente Aranda | Auditoría actuación especial de fiscalización | 2025     | 131                    | 5                    | 5             |        | 10              | 10                            |
| <b>TOTAL</b>  |                                               |          |                        | <b>5</b>             | <b>5</b>      |        | <b>10</b>       | <b>10</b>                     |

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 diez (10) acciones de mejora permanecen en estado abierto y tenían como fecha de terminación el 30 de junio de 2026, la Oficina de Control Interno realizó la validación de las evidencias aportadas. Como resultado, se observó la necesidad de fortalecer la formulación de las acciones de mejora, garantizando que su descripción, las actividades, los indicadores y las demás variables que las integran sean coherentes entre sí, con el fin de facilitar la evaluación de su eficacia y el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas dentro de los plazos establecidos.

Tabla 2. Acciones, clasificados por fecha de terminación

| FDL               | Acciones con fecha de terminación 30/06/2026 | Total Acciones |
|-------------------|----------------------------------------------|----------------|
| FDL Puente Aranda | 10                                           | 10             |

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 las 10 acciones se encuentran catalogadas como Cumplida Efectiva.

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

#### 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.

#### Identificación, inadecuada de la causa raíz:

La identificación de la causa raíz que dio origen al hallazgo debe ser realizada de manera consciente y objetiva por la dependencia responsable, analizando las situaciones que permitieron su ocurrencia o que dieron lugar a su materialización. Dicha causa debe corresponder a la condición real que originó el hallazgo y formularse en términos de una **falta, falencia, ausencia, debilidad o insuficiencia** en los procesos, procedimientos, controles o mecanismos implementados, de manera que permita definir acciones de mejora efectivas orientadas a eliminar o mitigar las causas que generaron la situación observada y evitar su recurrencia.

#### Acciones categorizadas como "Incalificables":

El organismo de control determinó que 9 acciones no guardaron coherencia con el hallazgo identificado, toda vez que las actividades propuestas se orientaron a presentar una justificación por parte del interventor frente a las observaciones realizadas, en lugar de establecer una acción de mejora encaminada a eliminar o mitigar la causa que dio origen al hallazgo. En consecuencia, el Fondo de Desarrollo Local de Puente Aranda no formuló una acción correctiva que permitiera reducir el riesgo de reincidencia de la situación observada.

Al respecto, la Resolución Reglamentaria 019 de 2025 establece que una acción se considera **Incalificable** cuando el texto formulado como acción resulta incoherente con el hallazgo, no corresponde a una acción de mejora o evidencia una manifestación de desacuerdo por parte del sujeto de vigilancia y control frente a las observaciones del organismo de control. Estas circunstancias impiden al equipo auditor evaluar la efectividad de la acción propuesta y, como consecuencia, dan lugar a la activación del término para que la Dirección Sectorial de Fiscalización inicie la averiguación preliminar por el presunto incumplimiento del Plan de Mejoramiento.

Lo anterior evidencia la necesidad de fortalecer las actividades de seguimiento y control sobre las acciones que continúan abiertas y las nuevas identificadas por el ente de control, 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 catorce (14) 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. 114, correspondiente a junio de 2026, remitido por la Contraloría de Bogotá D.C. mediante memorando No. 20266610056712. En consecuencia, la entidad deberá formular las acciones de mejora orientadas a subsanar o mitigar las causas que dieron origen a los hallazgos identificados, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución Reglamentaria No. 019 de 2025 de la Contraloría de Bogotá D.C. Para ello, deberá observar los lineamientos, requisitos metodológicos, términos y plazos establecidos para la formulación, 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*

| No. Hallazgo | Tema                        | Descripción resumida                                                                                                                                 | Tipo de hallazgo | Presunta incidencia disciplinaria |
|--------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| 3.2.2.1      | Ejecución presupuestal      | Baja ejecución financiera de los proyectos de inversión de la vigencia 2025.                                                                         | Administrativo   | No                                |
| 3.2.3.1      | Contratación / Planeación   | Falta de eficacia por suscripción tardía de contratos 2025 que no fueron ejecutados durante la vigencia, incumpliendo el Plan de Acción Local.       | Administrativo   | No                                |
| 3.2.3.2      | Planeación contractual      | Falta de planeación e incumplimiento del Plan de Acción 2025-2028 por contratos sin acta de inicio y contratos ejecutados en 2026 suscritos en 2025. | Administrativo   | No                                |
| 3.2.3.3      | Presupuestos participativos | Incumplimiento en la ejecución física y presupuestal de iniciativas ganadoras de presupuestos participativos.                                        | Administrativo   | No                                |
| 3.2.3.4      | Proyectos de inversión      | Incumplimiento en la ejecución física programada de los proyectos 2452, 2459 y 2553.                                                                 | Administrativo   | Sí                                |
| 3.2.4.1      | Planeación contractual      | Suscripción de contratos al finalizar la vigencia sin ejecución durante la misma (Contratos 310 y 313 de 2021; 829 y 842 de 2024).                   | Administrativo   | No                                |
| 3.2.4.2      | Planeación contractual      | Falta de planeación por no prever integralmente los segmentos viales, inconsistencias en CIV y posible afectación de metas del COP 310-2021.         | Administrativo   | Sí                                |
| 3.2.4.3      | Ejecución contractual       | Inclusión de ítems no previstos sin justificación técnica, administrativa y legal en el COP 310-2021.                                                | Administrativo   | Sí                                |
| 3.2.4.4      | Supervisión contractual     | Deficiencias en el seguimiento y supervisión por patologías y fallas constructivas del COP 310-2021.                                                 | Administrativo   | Sí                                |
| 3.2.4.5      | Reporte de información      | Inconsistencias en la información reportada en SIVICOF para el CI 383 de 2023 y contrato 390 de 2024.                                                | Administrativo   | No                                |

|         |                             |                                                                                                                                        |                |    |
|---------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----|
| 3.2.4.6 | Supervisión / Beneficiarios | Fallas en la verificación de requisitos de beneficiarios e incumplimiento del anexo técnico del proyecto 1900.                         | Administrativo | Sí |
| 3.2.4.7 | Planeación de proyectos     | Incumplimiento de la meta de 390 beneficiarios del Proyecto de Inversión 1900.                                                         | Administrativo | Sí |
| 3.2.4.8 | Supervisión contractual     | Falta de seguimiento y control en el registro de inscripciones y verificación de asistencia de beneficiarios del contrato 390 de 2024. | Administrativo | Sí |
| 3.2.4.9 | Supervisión contractual     | Falta de soporte documental para justificar la adición y prórroga del contrato 831 de 2024.                                            | Administrativo | Sí |

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 diez (10) acciones analizadas, se evidenció que estas terminaron su periodo de ejecución el 30 de junio de 2026 y la valoración realizada por la Oficina de Control interno se encuentra detallada en la matriz de seguimiento anexa.

Por lo anterior, es importante que las dependencias responsables mantengan un seguimiento permanente al avance de las actividades programadas en relación con las nuevas acciones formuladas en relación con el del Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados – AFGR (PDVCF 2026), Código 114, 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

En ejercicio del rol de **enfoque hacia la prevención**, la Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones, las cuales deberán ser consideradas por los líderes de proceso y responsables de las acciones de mejora, en el marco de lo dispuesto en el artículo 12, literal k), de la Ley 87 de 1993, que establece como función de la auditoría interna verificar que se implementen las recomendaciones producto de las evaluaciones realizadas.

En este contexto, se reitera la importancia de fortalecer la formulación, ejecución, seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento, garantizando que las acciones propuestas se estructuren a partir de un análisis objetivo y riguroso de los hallazgos, de la identificación de la causa raíz que los originó y de la definición de acciones orientadas a eliminar o mitigar las causas que dieron lugar a las situaciones observadas, contribuyendo así a prevenir su recurrencia y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Así mismo, se recomienda realizar el registro oportuno de los hallazgos derivados del **Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados – AFGR (PDVCF 2026), Código de Auditoría No. 114**, en el aplicativo **MATIZ**, una vez se haya efectuado la transmisión del Plan de Mejoramiento en **SIVICOF**, conforme a lo establecido en la Resolución Reglamentaria No. 019 de 2025.

Para ello, el profesional designado de la Alcaldía Local deberá registrar en MATIZ los hallazgos y formular las correspondientes acciones de mejora, definiendo de manera clara la causa raíz que originó el hallazgo, las acciones a implementar, el indicador, la meta, el área responsable y las fechas de inicio y terminación de la ejecución. Adicionalmente, deberá verificar que la información registrada en el aplicativo corresponda íntegramente con la reportada al organismo de control, con el fin de asegurar la consistencia de la información, facilitar el seguimiento institucional y contribuir a la evaluación de la eficacia de las acciones implementadas.

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 FIRAMADO)

| Elaborado por                                                                 |            | Revisado y Aprobado por                                                |            |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>YEINA ROCÍO AVILES BARREIRO</b><br>Profesional Oficina de Control Interno. |            | <b>LADY JOHANNA MEDINA MURILLO</b><br>Jefe Oficina de Control Interno. |            |
| <b>Fecha:</b>                                                                 | 17/07/2026 | <b>Fecha:</b>                                                          | 17/07/2026 |