

MEMORANDO

(150)

Bogotá, agosto 31 de 2026

PARA: **PAOLA ANDREA OSORIO LOZANO**
Alcaldesa local de Fontibón**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 Fontibón

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 con Contraloría- AL Fontibón
Matriz Seguimiento Acciones Abiertas AL Fontibón**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 Sánchez - 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 Fontibón**Destinatarios**

- Dr. Gustavo Quintero Ardila - Secretario Distrital de Gobierno.
- Dr. Eduardo Andrés Garzón Torres Subsecretario de Gestión Local.
- Dra. Paola Andrea Osorio Lozano -, Alcaldesa Local de Fontibón
- Dr. Diego Fernando Figueroa Guerra -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 suscritos, motivo de auditorías de vigencias anteriores 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:

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. 20261500299313, 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

Agosto 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 cinco (5) ejercicios de vigilancia y control fiscal a la Alcaldía Local de Fontibón, correspondientes a las auditorías No. 152 de 2024, 132 de 2024,

112 de 2024, 105 de 2025 y 125 de 2025. Como resultado de dichos ejercicios se formularon sesenta y tres (63) hallazgos, que dieron lugar inicialmente a sesenta y siete (67) acciones de mejora.

A la fecha del presente seguimiento, y de conformidad con el memorando No. 20265910081072 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. 107 de junio de 2026, y el Alcance del informe de Contraloría radicado con memorando No. 20265910087202, el ente de control calificó una (1) acción como “cumplida efectiva”, una (1) como “cumplida” y cuarenta y seis (46) como “Incumplidas”, asociadas a cuarenta y un (41) hallazgos.

En consecuencia, permanecen en estado abierto diecinueve (19) hallazgos, asociados a las auditorías 112 de 2024 y 125 de 2025. Respecto de estos, se resalta que en su mayoría fueron acciones que finalizaron su ejecución el 2 de julio de 2025, y se detallan las observaciones realizadas en la Matriz para reporte de seguimiento Plan de Mejoramiento Contraloría - Fontibón.

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

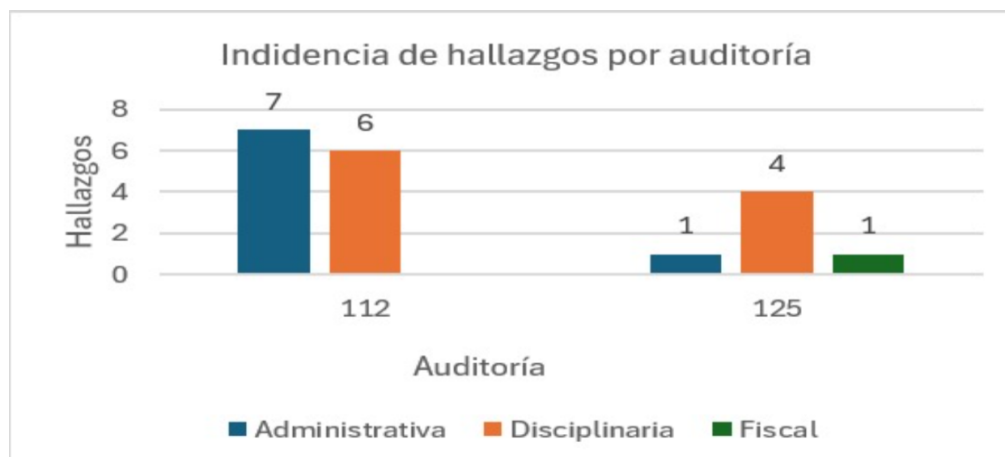
Los hallazgos generados por el ente de Control y objeto del presente seguimiento ascendieron a 19 con las siguientes incidencias, de tipo Disciplinario con 10 hallazgos, incidencia Administrativa con 8 e incidencia de tipo Fiscal 1, así:

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

Alcaldía Local	Modalidad de la Auditoría	Vigencia	Número de la Auditoría	Incidencia Hallazgos			Total Hallazgos	Acciones de Mejora "Abiertas"
				Administrativa	Disciplinaria	Fiscal		
AL Fontibón	Auditoría Financiera y de Gestión	2024	112	7	6		13	13
AL Fontibón	Actuación Especial de Fiscalización	2025	125	1	4	1	6	6
TOTAL				8	10	1	19	19

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

Gráfico 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 diecinueve (19) acciones de mejoramiento permanecen en estado abierto, de las cuales trece (13) tenían como fecha de terminación el 2 de julio de 2025 y seis (6) continúan en ejecución, con fecha de terminación prevista para el 26 de noviembre de 2026, la Oficina de Control Interno realizó la correspondiente validación de las evidencias aportadas.

Como resultado de la revisión, se identificó la necesidad de fortalecer la formulación y estructuración de las acciones de mejoramiento, procurando que exista una adecuada coherencia y articulación entre la descripción de la acción, las actividades previstas, los indicadores, las metas, los responsables, los plazos y demás variables que la integran. Lo anterior permitirá facilitar el seguimiento, la verificación del cumplimiento y la evaluación de la eficacia de las acciones implementadas.

Asimismo, para las seis (6) acciones que permanecen en ejecución, se recomienda continuar fortaleciendo y, cuando sea necesario, complementar las actividades previstas, de manera que estas permitan alcanzar los resultados esperados y contar con evidencias suficientes para acreditar su cumplimiento y eficacia dentro de los plazos establecidos.

Tabla 2 Acciones, clasificados por fecha de terminación

Alcaldía local	Acciones con fecha de terminación 02/07/2025	Acciones con fecha de terminación 26/11/2026	Total Acciones
AL Fontibón	13	6	19

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.

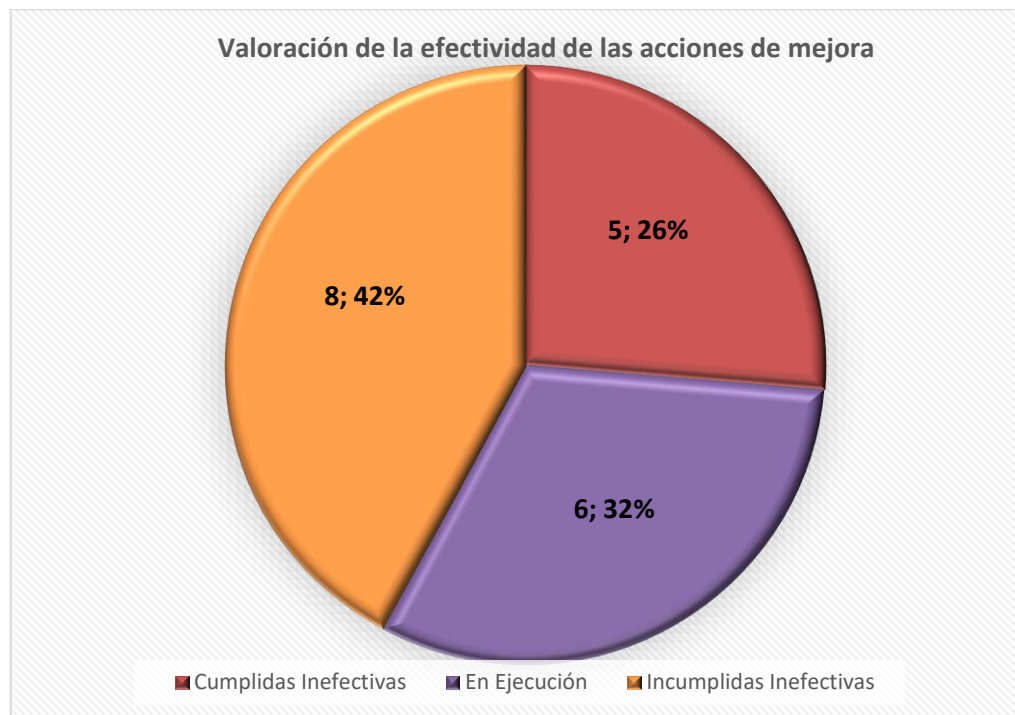
- **Ineficaz o insuficiente:** No contribuye a eliminar la deficiencia detectada, lo que puede derivar en la persistencia del hallazgo o en la necesidad de nuevas medidas correctivas.

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 marco del ejercicio de seguimiento, la Oficina de Control Interno realizó la valoración del avance y/o cumplimiento de las acciones de mejoramiento que permanecen en estado “abierto”. Como resultado de la evaluación, de las diecinueve (19) acciones, cinco (5) fueron clasificadas como “Cumplida Inefectiva”, seis (6) permanecen “En ejecución” y ocho (8) fueron clasificadas como “Incumplida Inefectiva”.

Gráfico 2 Efectividad de las acciones



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

7.2.4 Alertas

Alertas de seguimiento al Plan de Mejoramiento

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

1. Cumplimiento dentro de los plazos establecidos

Se alerta sobre la ejecución y acreditación extemporánea de actividades asociadas a las acciones de mejoramiento, evidenciada mediante soportes generados con posterioridad a las fechas de terminación establecidas. Esta situación impide acreditar el cumplimiento oportuno de los compromisos y evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento a los cronogramas, establecer alertas preventivas y adoptar medidas oportunas antes del vencimiento de las acciones.

2. Evidencia y eficacia de las acciones

Se identifica la ausencia o insuficiencia de evidencias que permitan demostrar el cumplimiento, los resultados y la eficacia de algunas acciones de mejoramiento, lo que limita la capacidad de verificar objetivamente que las medidas implementadas hayan atendido las causas que dieron origen a los hallazgos. Se requiere fortalecer la gestión documental, la trazabilidad de las actuaciones y la verificación de resultados, evitando que el cumplimiento se sustente únicamente en actividades realizadas sin evidencia de su efectividad.

3. Acciones vencidas sin evidencia de cumplimiento

De conformidad con el Memorando No. 20265910081072, mediante el cual la Contraloría de Bogotá D.C. socializó el Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados AFGR (PDVCF 2026), Código de Auditoría No. 107, de junio de 2026, y con el Alcance del informe de Contraloría radicado mediante Memorando No. 20265910087202, una vez realizada la evaluación correspondiente por el ente de control, permanecieron diecinueve (19) acciones de mejoramiento que no fueron calificadas en dicho ejercicio.

De estas, cinco (5), equivalentes al 26,32 %, se encuentran clasificadas como “Cumplida – Inefectiva”; seis (6), equivalentes al 31,58 %, permanecen “En Ejecución”; y ocho (8), equivalentes al 42,11 %, se encuentran clasificadas como “Incumplida – Inefectiva”.

En particular, las ocho (8) acciones calificadas como “Incumplida – Inefectiva” tenían como fecha de terminación el 2 de julio de 2025. A la fecha del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, la Alcaldía Local de Fontibón no aportó evidencias suficientes que permitieran acreditar su cumplimiento y eficacia.

Adicionalmente, se informó que algunas de las actividades se encuentran en trámite de ejecución; no obstante, su realización se efectuaría con posterioridad al término inicialmente establecido, según lo reportado por la Alcaldía local en la matriz anexa, columna AB, situación que genera un riesgo frente al cumplimiento oportuno de los compromisos y a la atención efectiva de las causas que dieron origen a los hallazgos.

Por lo anterior, se requiere fortalecer el seguimiento y control sobre estas acciones vencidas, priorizando la definición y ejecución de medidas que permitan subsanar las situaciones pendientes, documentar sus resultados y evitar la permanencia o recurrencia de los hallazgos.

4. Acciones categorizadas como "Incumplidas":

El organismo de control determinó cuarenta y seis (46) acciones calificadas como incumplidas, frente a las cuales registró, las siguientes observaciones: “No se presentó evidencia del avance o cumplimiento de la acción correctiva comprometida”; “No enviaron soportes de la acción implementada”; así como la persistencia de situaciones relacionadas con que los profesionales vinculados mediante CPS continúan desarrollando actividades que no se encuentran suficientemente orientadas al cumplimiento de las metas de los proyectos, sin evidenciarse resultados consolidados de las actividades realizadas.

De igual manera, se identificaron casos en los que no se aportaron documentos que soportaran los ajustes realizados, por lo que no fue posible acreditar el cumplimiento de la acción correctiva comprometida; así como situaciones en las que no se evidenció de manera concreta la implementación de mecanismos efectivos de seguimiento, control y gestión, orientados, entre otros aspectos, a la reducción de las obligaciones por pagar y a la articulación entre las diferentes áreas.

De las cuarenta y seis (46) acciones calificadas como incumplidas, nueve (9) corresponden a situaciones con incidencia administrativa, veintiocho (28) presentan incidencia disciplinaria y nueve (9) incidencia fiscal. Estas acciones se relacionan en la siguiente tabla, junto con la observación identificada por la Contraloría de Bogotá D.C. durante el proceso de evaluación, con el propósito de facilitar su seguimiento y análisis.

Tabla 3 Relación de acciones Incumplidas

No.	Vigencia	Código auditoría	Hallazgo	Código acción	Resultado / observación principal
1	2025	105	3.1.2.1	1	No se evidenció cronograma de conciliación entre las áreas jurídica y contable ni los ajustes correspondientes.
2	2025	105	3.1.2.1	2	No se evidenciaron soportes de capacitación a funcionarios que intervienen en el cobro persuasivo y coactivo.
3	2025	105	3.1.2.2	3	No se aportaron soportes de mesas de trabajo con entidades para conciliar saldos y resolver diferencias contables.
4	2025	105	3.1.2.3	4	No se evidenció conciliación y depuración de la cuenta de inventarios entre almacén y contabilidad.
5	2025	105	3.1.2.4	5	No se aportaron soportes de la mesa técnica entre infraestructura, contabilidad y almacén para conciliar y depurar cuentas.
6	2025	105	3.1.2.5	6	No se aportaron pruebas de la mesa técnica entre contabilidad y almacén ni de los ajustes requeridos.
7	2025	105	3.1.2.6	7	No se evidenció solicitud a las áreas involucradas para generar notas contables de cierre conforme al manual de políticas contables.
8	2025	105	3.1.2.7	8	No se aportó cronograma para verificar y conciliar saldos reportados en formatos CGN y estados financieros ni controles previos a la rendición.
9	2024	105	3.2.1.1	9	No se acreditó la designación formal de responsables ni los soportes requeridos en los formatos 0101 y 0103.
10	2024	105	3.2.2.1	10	No se evidenció cómo se implementaron los procesos y controles, responsables ni mecanismos de seguimiento.
11	2024	105	3.2.2.2	11	No se evidenciaron mecanismos efectivos de seguimiento y control orientados a reducir obligaciones por pagar y articular las áreas.
12	2023	112	3.3.1.1	1	No se aportaron soportes concretos y consistentes dentro de la vigencia; la fecha de implementación había vencido el 2 de julio de 2025.
13	2023	112	3.3.2.1	1	Solo se evidenció una reunión previa al vencimiento y no se aportaron soportes consistentes dentro de la vigencia.
14	2024	132	3.2.1	1	Se calificó incumplida la acción orientada a fortalecer el proceso de rendición de cuentas y controles sobre la información reportada en SIVICOF.
15	2024	132	3.2.2	2	No se evidenció avance por Gestión Desarrollo Local; se señaló que podía cumplirse con apoyo de Contratación y Planeación.
16	2024	132	3.2.3	3	No se evidenció avance por Gestión Desarrollo Local; se indicó que podía cumplirse con apoyo de Contratación y Planeación.
17	2025	105	3.2.3.1	12	No se envió documento que soportara el cumplimiento de la acción.
18	2025	105	3.2.3.1.1	19	No se envió el cronograma anual como evidencia de implementación de la acción.
19	2025	105	3.2.3.2	13	No se aportó soporte de implementación de la acción propuesta.
20	2025	105	3.2.3.3	14	No se evidenciaron soportes de implementación de la acción.
21	2025	105	3.2.3.4	15	No se evidenció documento de implementación del plan de mejora y persistieron deficiencias en la información reportada en SIVICOF.
22	2025	105	3.2.3.5	16	No se aportaron documentos que soportaran ajustes a los cronogramas internos de formulación.
23	2025	105	3.2.3.6	17	Los informes revisados no evidenciaban de forma organizada y completa los resultados de las actividades realizadas.

No.	Vigencia	Código auditoría	Hallazgo	Código acción	Resultado / observación principal
24	2025	105	3.2.3.7	18	No se aportó la matriz que acreditara la implementación de la acción.
25	2024	132	3.2.4	4	No se evidenció la capacitación; persistían falencias en la entrega de evidencias de contratos de prestación de servicios.
26	2025	105	3.2.4.1	21	No se evidenció avance de la acción; el ente de control recomendó ejecutarla prioritariamente y adoptar acciones complementarias.
27	2025	105	3.2.4.10	30	No se evidenció avance de la acción; se recomendó su ejecución prioritaria y el desarrollo de acciones complementarias.
28	2025	105	3.2.4.11	31	No se evidenció avance de la acción y se recomendó su ejecución prioritaria.
29	2025	105	3.2.4.13	33	No se evidenció soporte de acciones para cumplir objetivos del sistema de control interno; persistieron deficiencias en SECOP y SIVICOF.
30	2025	105	3.2.4.14	34	No se observaron documentos que soportaran los ajustes realizados, por lo que no se acreditó el cumplimiento ni su relación con la acción correctiva.
31	2025	105	3.2.4.15	35	No se evidenció el protocolo para corregir la ausencia de seguimiento a las acciones de SIVICOF.
32	2025	105	3.2.4.2	22	No se aportaron documentos que soportaran los ajustes a los cronogramas internos de formulación.
33	2025	105	3.2.4.3	23	El acta aportada no acreditó el cumplimiento de la acción correctiva comprometida.
34	2025	105	3.2.4.4	24	El acta aportada tampoco acreditó el cumplimiento de la acción correctiva comprometida.
35	2025	105	3.2.4.5	25	No se acreditó el cumplimiento de la acción mediante el soporte presentado.
36	2025	105	3.2.4.6	26	El soporte aportado no demostró el cumplimiento de la acción correctiva.
37	2025	105	3.2.4.7	27	El soporte presentado no acreditó el cumplimiento de la acción correctiva comprometida.
38	2025	105	3.2.4.8	28	El soporte presentado no acreditó el cumplimiento de la acción correctiva comprometida.
39	2025	105	3.2.4.9	29	El acta de reunión presentada no acreditó el cumplimiento de la acción correctiva.
40	2024	132	3.2.5	5	No se evidenció avance de la acción por Gestión Desarrollo Local; se indicó posible apoyo de Contratación y Planeación.
41	2024	112	3.4.1.1	1	Se aportó información en SEGPLAN, pero no se diligenció completamente el formato CBN1030 y no se aportaron soportes de la acción.
42	2024	112	3.4.1.2	1	No se aportaron soportes de la acción; persisten actividades de CPS que no se enfocan suficientemente en las metas de los proyectos y no se observan resultados consolidados.
43	2024	152	7.1.1	1	Solo se alcanzó un 40 % de revisión de los expedientes contractuales.
44	2024	152	7.1.1	2	Solo se ejecutó 1 de 2 capacitaciones programadas, equivalente al 50 %.
45	2024	152	7.1.1	3	Solo se ejecutó 1 de 2 actividades de seguimiento, equivalente al 50 %.
46	2024	152	7.1.1	4	No se presentó evidencia del avance o cumplimiento de la acción correctiva comprometida.

Fuente: Elaboración propia OCI con base en el Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados AFGR – (PDVCF 2026) No. 107.

Al respecto, la Resolución Reglamentaria No. 019 de 2025 establece que el seguimiento al Plan de Mejoramiento respecto de las acciones incumplidas o cumplidas inefectivas deberá ser presentado por el sujeto de vigilancia y control fiscal a través del Sistema de Rendición de Cuentas dispuesto para tal fin, dentro de los cinco (5) días

hábiles siguientes al vencimiento del término de seis (6) meses contados a partir del día siguiente a la comunicación del informe de auditoría, o del informe o actuación que corresponda, en el cual se haya registrado la calificación de la acción como incumplida o cumplida inefectiva.

El término establecido es de **carácter improrrogable**, por lo que resulta necesario realizar un seguimiento oportuno a las acciones calificadas en estas condiciones, con el fin de garantizar la formulación y presentación de las nuevas acciones o los reportes correspondientes dentro de los plazos establecidos por el ente de control.

Así mismo, se evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento y control de las acciones de mejoramiento, asegurando coherencia entre el hallazgo, la causa raíz, la acción formulada y las evidencias que acreditan su cumplimiento. Las acciones deben ser claras, medibles, verificables y orientadas a prevenir la recurrencia de las situaciones identificadas. Se requiere realizar un monitoreo permanente y preventivo, garantizando el cumplimiento de los plazos establecidos y el cargue oportuno de evidencias suficientes, pertinentes y trazables que permitan demostrar su ejecución, avance y eficacia. Las situaciones identificadas y recomendaciones específicas se encuentran detalladas en la columna “Observaciones OCI” de la matriz anexa.

Finalmente, se relacionan los quince (15) hallazgos identificados por el ente de control en el marco del Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados AFGR – (PDVCF 2026) No. 107, de junio de 2026, remitido por la Contraloría de Bogotá D.C. mediante Memorando No. 20265910081072, así como el alcance del informe radicado mediante Memorando No. 20265910087202 del 24 de junio de 2026.

En consecuencia, la entidad deberá formular las acciones de mejoramiento 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, deberán observarse los lineamientos y requisitos metodológicos, así como los términos y plazos establecidos para la formulación, presentación, ejecución, seguimiento y reporte del respectivo Plan de Mejoramiento, garantizando que las acciones definidas respondan de manera efectiva a las causas identificadas y permitan demostrar resultados verificables y sostenibles.

Tabla 4 Hallazgos identificados del Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados (AFGR) – PDVCF

No. de hallazgo	Descripción del Hallazgo	Incidencia
3.1.1.1	Multas sin soportes, que generan imposibilidades por \$531.677.579, asociadas a falencias en la gestión oportuna del cobro persuasivo, remisión a cobro coactivo y cálculo del deterioro.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.1.1.2	Diferencias por \$474.213.525 entre el inventario físico y los saldos de los estados financieros de 2025, generando una sobrevaloración de la cuenta de inventarios.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.1.1.3	Imposibilidades por \$7.518.013.151 en la cuenta de propiedad, planta y equipo, relacionadas con falta de soportes y conciliaciones.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.1.1.4	Imposibilidades por \$42.585.125.073 derivadas de deficiencias en los soportes del saldo presentado en los estados financieros de 2025.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.1.1.5	Imposibilidades por \$18.086.925.195, originadas en soportes incompletos e incertidumbres en la amortización de saldos de operaciones recíprocas.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.2.1.1	Debilidades en el control, gestión documental e información relacionada con la ejecución del presupuesto de ingresos.	Administrativa + presunta disciplinaria

No. de hallazgo	Descripción del Hallazgo	Incidencia
3.2.2.1	Debilidades en el control, gestión documental, información y gestión del presupuesto de gastos, incluyendo la depuración de obligaciones por pagar, afectando la optimización de recursos.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.2.3.1	Hallazgo por \$46.500.000 por no evidenciar acciones o actividades que aportaran al cumplimiento de las metas del proyecto 2392, relacionadas con el CPS No. 167-2025.	Administrativa + fiscal + presunta disciplinaria
3.2.3.2	Vinculación como apoyo a la supervisión de quien inicialmente era contratista del CPS 547-2025, posteriormente cedido a un familiar.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.2.3.3	Deficiencias en la disposición y administración de la información relacionada con algunos proyectos de inversión.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.2.4.1	Hallazgo por \$134.022.804, asociado a situaciones como doble pago de actividades, pagos sin soportes, pago indebido de AIU y otras irregularidades en el contrato de obra pública 228 de 2022 y su interventoría.	Administrativa + fiscal + presunta disciplinaria
3.2.4.2	Deficiencias en la planeación, control, seguimiento e incumplimiento en la gestión y custodia documental. Entre las situaciones señaladas se encuentran deficiencias de planeación, publicidad en SECOP, preservación electrónica, informes de supervisión y entrega de bienes.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.2.4.3	Incumplimiento de las obligaciones de publicidad en SECOP respecto de documentos y actos expedidos en los procesos contractuales.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.2.4.4	Debilidades en las funciones de supervisión establecidas en el Manual de Supervisión e Interventoría, particularmente en el contrato interadministrativo 471-2023, incluyendo deficiencias en publicación y soportes de informes de ejecución.	Administrativa + presunta disciplinaria
3.2.4.5	Falta de información en la página web de la Alcaldía Local de Fontibón, específicamente en el botón de transparencia, relacionada con la ejecución del contrato SDIS-CD-310805-013-2024 / contrato 8428-2024.	Administrativa + presunta disciplinaria

Fuente: Elaboración propia OCI con base en el Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados AFGR – (PDVCF 2026) No. 107.

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 diecinueve (19) acciones analizadas, se evidenció trece (13) tenían como fecha de terminación el 2 de julio de 2025 y seis (6) continúan en ejecución, con fecha de terminación prevista para el 26 de noviembre de 2026 y la valoración realizada por la Oficina de Control interno se encuentra detallada en la matriz de seguimiento anexa.

Es importante que las dependencias responsables mantengan un seguimiento permanente al avance de las actividades programadas en relación con los nuevos quince (15) hallazgos identificados en relación con el Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados – AFGR (PDVCF 2026), Código 107, 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.

De acuerdo con los resultados de la evaluación realizada por la Contraloría de Bogotá D.C. al Plan de Mejoramiento, y conforme a lo registrado en el Cuadro 45 “Evaluación acciones abiertas vencidas con corte a 31/12/2025”, del Informe de Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados – AFGR (PDVCF 2026), Código 107, fueron objeto de seguimiento cincuenta y cinco (55) acciones de mejoramiento con término de ejecución vencido. Del total evaluado, cuarenta y seis (46) acciones fueron calificadas como “Incumplidas”, equivalentes al 83,6 %, mientras que nueve (9) acciones, correspondientes al 16,4 %, fueron calificadas como “Cumplidas Efectivas”.

Estos resultados evidencian debilidades significativas en la ejecución y efectividad de las acciones de mejoramiento, toda vez que una proporción mayoritaria de los compromisos evaluados no permitió acreditar el cumplimiento de las medidas formuladas ni la atención efectiva de las causas que originaron los hallazgos.

La situación adquiere especial relevancia al considerar que entre las acciones incumplidas se identifican 9 con incidencia administrativa, 28 con incidencia disciplinaria y 9 con incidencia fiscal, lo que evidencia que las deficiencias en la ejecución y seguimiento de los compromisos de mejora trascienden aspectos meramente formales y pueden afectar la gestión institucional y la adecuada administración de los recursos públicos.

En consecuencia, se considera prioritario fortalecer el seguimiento de las acciones incumplidas, orientándolas a la atención de las causas raíz, con responsables claramente definidos, actividades verificables, indicadores medibles y evidencias suficientes, evitando que la formulación de nuevas acciones se limite a actividades de gestión que no permitan demostrar resultados o la mitigación efectiva del riesgo identificado.

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. 107, 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.

Así mismo, se recomienda establecer un mecanismo de seguimiento prioritario y permanente para las acciones de mejoramiento calificadas como incumplidas, asegurando que su reformulación o continuidad atienda directamente las causas raíz de los hallazgos. Para ello, las acciones deberán contar con responsables claramente definidos, actividades específicas, plazos, indicadores medibles y evidencias suficientes, pertinentes y verificables, que permitan demostrar no solo su ejecución, sino también su eficacia en la mitigación del riesgo y la prevención de la recurrencia de las situaciones identificadas.

Por último, se recomienda fortalecer las alertas internas frente al vencimiento de los plazos y realizar revisiones periódicas del avance, especialmente de las acciones con incidencia disciplinaria o fiscal, con el fin de evitar la reiteración de incumplimientos y mejorar la efectividad del Plan de Mejoramiento.

(ORIGINAL FIRMADO)

Elaborado por		Revisado y Aprobado por	
MARTHA MIREYA SANCHEZ FIGUEROA Profesional Oficina de Control Interno.		LADY JOHANNA MEDINA MURILLO Jefe Oficina de Control Interno.	
Fecha:	28/08/2026	Fecha:	28/08/2026