

**INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL
(EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS)
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025**

PAULA ANDREA ORTEGA ESCOBAR
Contralora Distrital de Medellín

JUAN MANUEL MONTOYA CARVAJAL
Jefe Oficina de Control Interno

CARLOS MARIO GRANADA FLÓREZ
Profesional Universitario

OFICINA DE CONTROL INTERNO

MEDELLÍN, AGOSTO DE 2026

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVO	4
3. ALCANCE	4
4. METODOLOGÍA.....	5
5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	5
6. PRINCIPALES SITUACIONES IDENTIFICADAS	14
7. PRINCIPALES FORTALEZAS	16
8. HALLAZGOS.....	17
9. RECOMENDACIONES GENERALES	20
10. CONCLUSIONES.....	22

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993, y en cumplimiento de lo señalado en el artículo 40 del Decreto Ley 409 de 2020 y en el artículo 5 del Acuerdo N°003 de 2023 expedido por la Comisión Especial de Carrera Administrativa de las Contralorías Territoriales - CECAT, presenta el resultado de la Evaluación a la Gestión Institucional - Evaluación por Dependencias de la Contraloría Distrital de Medellín, con corte al 31 de diciembre de 2025.

La evaluación se efectuó tomando como base los resultados reportados por cada dependencia en los seguimientos del Plan de Acción Institucional (PAI), los indicadores definidos, las evidencias y soportes documentales disponibles, así como los registros contenidos en los sistemas de información y repositorios institucionales. Cuando fue necesario, se solicitaron aclaraciones o información complementaria a los responsables de las metas.

El ejercicio tuvo como finalidad verificar la correspondencia entre los resultados de cumplimiento reportados por las dependencias y las evidencias que los sustentan, así como identificar situaciones que puedan afectar la calidad, oportunidad, confiabilidad y trazabilidad de la información utilizada para demostrar el cumplimiento de los compromisos institucionales.

Para efectos del presente informe se diferencia entre la autoevaluación (el porcentaje de cumplimiento reportado por cada dependencia) y el resultado de la verificación de la Oficina de Control Interno (la conclusión obtenida a partir de la revisión independiente de la información y evidencias disponibles). En este último caso, la expresión “Cumple” significa que se encontró correspondencia entre el resultado informado y los soportes verificados, y no constituye una nueva calificación porcentual.

La evaluación también permitió identificar oportunidades de mejora relacionadas con los mecanismos de autocontrol, seguimiento y documentación de la gestión. Se analizaron aspectos asociados con la gestión y trazabilidad de evidencias, como: liberación de productos, seguimiento de riesgos, medición y análisis de indicadores, gestión del Calendario de Obligaciones Legales y Administrativas - COLA, remisión y publicación de información institucional y las demás metas establecidas en cada plan.

Cuando las situaciones identificadas evidenciaron deficiencias que afectaban la suficiencia, consistencia o trazabilidad de la información, se formularon los

hallazgos correspondientes. En los demás casos, se formularon recomendaciones orientadas al fortalecimiento de los controles y al mejoramiento continuo de la gestión.

Las recomendaciones derivadas de la evaluación son registradas en el módulo de Mejoras de Isolución, para su correspondiente tratamiento y seguimiento, de conformidad con lo establecido en la Guía de Mejoramiento del Sistema Integrado de Gestión - SIG.

El presente informe consolida los principales resultados de la evaluación, incluyendo el resultado comparativo entre la autoevaluación y la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, las principales situaciones identificadas, las fortalezas, los hallazgos, las recomendaciones y las conclusiones del ejercicio de evaluación.

2. OBJETIVO

Realizar la evaluación de la gestión de las veintinueve (29) dependencias de la Contraloría Distrital de Medellín, correspondiente a la vigencia 2025, mediante la verificación de los resultados de cumplimiento reportados en el Plan de Acción Institucional - PAI 2025, contrastándolos con las evidencias y soportes disponibles, con el fin de determinar su correspondencia, identificar situaciones que requieran fortalecimiento y formular recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo de la gestión institucional.

3. ALCANCE

La evaluación comprendió las veintinueve (29) dependencias de la Contraloría Distrital de Medellín y las metas y compromisos institucionales bajo su responsabilidad en el marco del Plan de Acción Institucional - PAI 2025, con corte al 31 de diciembre de 2025. La verificación consideró:

- Resultados de las autoevaluaciones reportadas por las dependencias.
- Indicadores de cumplimiento y metas establecidas.
- Evidencias documentales y registros institucionales.
- Información disponible en los sistemas de información y repositorios institucionales.
- Registros asociados al Sistema Integrado de Gestión - Isolución.
- Documentación incorporada en el Sistema de Gestión Documental Mercurio.
- Información relacionada con la publicación de contenidos institucionales, cuando correspondió.

- Aclaraciones e información complementaria suministrada por las dependencias.

La evaluación no tuvo como propósito sustituir la responsabilidad de autoevaluación de las dependencias ni establecer una nueva calificación porcentual, sino verificar de manera independiente la razonabilidad y trazabilidad de los resultados reportados.

4. METODOLOGÍA

La verificación se desarrolló mediante la comparación entre la autoevaluación de cumplimiento reportada por cada dependencia en el seguimiento al Plan de Acción Institucional y las evidencias y soportes documentales disponibles en Isolución, Mercurio, la página web institucional y demás sistemas de información pertinentes.

Cuando la evidencia disponible no permitió corroborar de manera objetiva, suficiente y trazable el resultado informado, o cuando se identificaron diferencias entre el resultado reportado y la evidencia efectivamente verificada, la situación se documentó como hallazgo. En los demás casos, cuando se identificaron oportunidades de fortalecimiento de los controles, la calidad, la oportunidad o la trazabilidad de la evidencia sin que ello comprometiera la acreditación objetiva del resultado, se formuló una recomendación de mejora.

5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Como resultado de la Evaluación a la Gestión Institucional - Evaluación por Dependencias, vigencia 2025, la Oficina de Control Interno verificó los resultados reportados por las veintinueve (29) dependencias de la Contraloría Distrital de Medellín, contrastando las autoevaluaciones con las evidencias y soportes disponibles en los sistemas y repositorios institucionales.

La evaluación permitió establecer que, en términos generales, existe correspondencia entre los resultados de cumplimiento reportados por las dependencias y las evidencias verificadas. Veintiocho (28) de las veintinueve (29) dependencias reportaron un cumplimiento del 100%, mientras que la Contraloría Auxiliar de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva reportó un cumplimiento del 99,90%, resultado que se vio afectado por el porcentaje de cumplimiento de la meta “Culminar los procesos con auto de apertura de las vigencias anteriores”.

El resultado de la verificación de la Oficina de Control Interno no constituye una nueva calificación porcentual. La expresión “Cumple” o “Cumple con deficiencias”

indica que, a partir de la revisión efectuada, se encontró correspondencia entre el resultado informado y las evidencias disponibles para sustentarlo. De las veintinueve (29) dependencias, veintiséis (26) obtuvieron el resultado “Cumple” y tres (3) obtuvieron “Cumple con deficiencias”: Dirección de Talento Humano, Dirección de Gestión del Conocimiento, Capacitación e Investigaciones, y Oficina Asesora de Comunicaciones.

No obstante, la verificación permitió identificar situaciones que requieren fortalecimiento, principalmente relacionadas con la calidad, oportunidad, suficiencia, organización y trazabilidad de las evidencias. En algunos casos estas situaciones dieron lugar a recomendaciones y, cuando comprometieron la acreditación objetiva del cumplimiento o evidenciaron debilidades relevantes de control, se formularon hallazgos.

Cuadro 1. Resultado comparativo entre la autoevaluación y la verificación del cumplimiento por la Oficina de Control Interno.

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
1100	Subcontraloría	100%	Cumple	20 de 21 metas ejecutadas. La meta restante (registro regalos, hospitalidad y beneficios similares) no aplicó. Se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con las metas: presentación de hallazgos con presuntas incidencias fiscales, pedagogía fiscal, retroalimentar la vigilancia y el control fiscal, remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web, trámite de vigilancias fiscales, obligaciones en el COLA, medición y análisis de indicadores, liberación de productos y capacitación de sujetos de control en Rendición de la Cuenta.
1101	C.A.A.F. Gestión Gubernamental y Soporte Institucional	100%	Cumple	8 de 10 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificó oportunidad de mejora en la meta relacionada con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web.
1102	C.A.A.F. Desarrollo Social	100%	Cumple	9 de 11 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron.

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
	con Enfoque Poblacional			Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1103	C.A.A.F. Desarrollo Económico y Planeación Territorial	100%	Cumple	14 de 16 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1104	C.A.A.F. Soporte Corporativo	100%	Cumple	11 de 13 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1105	C.A.A.F. Negocios Energía 1	100%	Cumple	8 de 11 metas ejecutadas. Las tres (3) restantes (acciones del módulo de mejora, obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1106	C.A.A.F. Negocios Agua y Saneamiento 1	100%	Cumple	9 de 11 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1107	C.A.A.F. Tele-comunicaciones	100%	Cumple	12 de 14 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron.

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
				Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1108	C.A.A.F. Negocios Energía 2	100%	Cumple	10 de 12 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificó oportunidad de mejora en la meta relacionada con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web.
1109	C.A.A.F. Negocios Agua y Saneamiento 2	100%	Cumple	10 de 12 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1110	C.A.A.F. Servicios de Salud	100%	Cumple	10 de 12 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1111	C.A.A.F. Cultura, Recreación y Comunicación Pública	100%	Cumple	13 de 15 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificó oportunidad de mejora en la meta relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web.
1112	C.A.A.F. Movilidad y Servicios de Transporte Público	100%	Cumple	9 de 12 metas ejecutadas. Las tres (3) restantes (acciones del módulo de mejora, obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
				publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1113	C.A.A.F. Seguridad, Convivencia y Control Institucional	100%	Cumple	10 de 12 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1114	C.A.A.F. Infraestructura, Vivienda y Desarrollo Urbano	100%	Cumple	11 de 13 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1115	C.A.A.F. Sistema Educativo	100%	Cumple	12 de 14 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1116	C.A.A.F. Gestión Ambiental y del Riesgo	100%	Cumple	14 de 16 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (Reporte de Contingencia Ambiental y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y liberación de productos.
1200	Contraloría Auxiliar de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	99,90%	Cumple	10 de 12 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (Plan de Mejoramiento Institucional y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron.

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
				El resultado de 99.90% obedece al porcentaje de cumplimiento de la meta "Culminar los procesos con auto de apertura de las vigencias anteriores". Se identificó oportunidad de mejora en la meta relacionada con obligaciones en el COLA.
1300	Contraloría Auxiliar de Participación Ciudadana	100%	Cumple	19 de 20 metas ejecutadas. La meta restante (registro regalos/hospitalidad) no aplicó. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con trabajo conjunto con Secretaría de Educación (Contralores Estudiantiles), escuelas de capacitación - encuentros de ciudad, interacción con veedurías ciudadanas, evaluar canales de atención, medir la satisfacción de la comunidad, remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web y obligaciones en el COLA.
1400	Contraloría Auxiliar de Apoyo Técnico	100%	Cumple	11 de 14 metas ejecutadas. Las tres (3) restantes (medición de indicadores, obligaciones en el COLA y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con convenios con organismos nacionales e internacionales y representación institucional.
1500	Secretaría General	100%	Cumple	26 de 28 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (eliminación documental según TVD y registro regalos/hospitalidad) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con aplicación de los procesos de gestión documental, seguridad vial (PESV), inspecciones a vehículos, asesoría en archivos de gestión, eliminación documental, obligaciones en el COLA y trámite de cobro coactivo.
1510	Dirección de Recursos Físicos y Financieros	100%	Cumple	14 de 15 metas ejecutadas. La meta restante (regalos/hospitalidad) no aplicó. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con gestionar contratación (PAA), adecuaciones locativas del archivo general,

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
				criterios ambientales en contratos, obligaciones en el COLA, procesos contractuales etapa precontractual, inventario general de bienes y ejecutar el presupuesto.
1520	Dirección de Desarrollo Tecnológico	100%	Cumple	16 de 18 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (registro regalos/hospitalidad y publicación en la página web) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con gestionar contratación (PAA), implementación MOREQ/TCA en Mercurio, Plan de Preservación Digital a Largo Plazo, Estrategia de uso y apropiación de TI, plan de mantenimiento de servicios TI y medición de indicadores.
1600	Dirección de Talento Humano	100%	Cumple con deficiencias	33 de 34 metas ejecutadas. La meta restante (registro regalos/hospitalidad) no aplicó. Se identificaron dos (2) hallazgos: registro extemporáneo del monitoreo de riesgos en Isolución y ausencia de evidencia documental del simulacro de emergencia. Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con garantizar la carrera administrativa especial, PQRS, gestionar contratación, encuesta de perfil sociodemográfico, matriz IPEVR, inspecciones de seguridad, actividades de bienestar, estímulos e incentivos, actividades conmemorativas, situaciones administrativas, gestión documental de historias laborales, intervención del riesgo psicosocial, vacantes de carrera administrativa, obligaciones en el COLA e indicadores de gestión.
1700	Dirección de Gestión del Conocimiento, Capacitación e Investigaciones	100%	Cumple con deficiencias	20 de 21 metas ejecutadas. La meta restante (obligaciones en el COLA) no aplicó. Se identificó un (1) hallazgo: diferencia entre el resultado reportado y la evidencia disponible para la meta de videos tutoriales del procedimiento de auditorías (2 de 3 videos ejecutados). Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con entrenamiento en el

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
				puesto de trabajo, remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web, inducción, reinducción, solicitudes individuales de capacitación, buenas prácticas, inventario de conocimiento, Plan Institucional de Capacitaciones PIC, Plan de Mejoramiento Institucional y Centro de Documentación de Control Fiscal.
1800	Oficina de Control Interno	100%	Cumple	32 de 33 metas ejecutadas. La meta restante (registro regalos/hospitalidad) no aplicó. Se identificó una oportunidad de mejora para incorporar en el reporte una síntesis de los principales resultados de las auditorías.
1900	Oficina Asesora de Jurídica	100%	Cumple	14 de 15 metas ejecutadas. La meta restante (registro regalos/hospitalidad) no aplicó. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web, comunicación del Sistema de Gestión Antisoborno (SGAS), medición de indicadores y emisión de conceptos jurídicos dentro de la oportunidad legal.
2000	Oficina Asesora de Planeación	100%	Cumple	16 de 18 metas ejecutadas. Las dos (2) restantes (trámite de PQRSD y liberación de productos) no aplicaron. Se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con el programa de transparencia y ética pública, remitir y verificar la publicación de la información institucional en la página web, registro de regalos/hospitalidad, medición de indicadores, Informe de Gestión Institucional, actualización del PAI y documentación del SIG.
2100	Oficina Asesora de Comunicaciones	100%	Cumple con deficiencias	16 de 19 metas ejecutadas. Las tres (3) restantes (registro de regalos/hospitalidad, remisión de información para publicación y obligaciones en el COLA) no aplicaron. Se identificó un (1) hallazgo: debilidades en documentación, organización y trazabilidad de las

Cód.	Dependencia	Auto evaluación	Verificación OCI	Metas ejecutadas / situación general
				evidencias del monitoreo trimestral a la página web y las campañas comunicacionales. Además, se observó que la obligación del COLA fue registrada como "No aplica" pese a haber sido ejecutada y verificada Asimismo, se identificaron oportunidades de mejora en las metas relacionadas con actualización del Esquema de Publicación de Información, comunicación de resultados del control fiscal y plan de medios.

Fuente: Construcción propia con información del Plan de Acción Institucional 2025, consolidado por la Oficina Asesora de Planeación y la verificación realizada por la Oficina de Control Interno.

De las veintinueve (29) dependencias evaluadas, se identificaron situaciones que dieron lugar a recomendaciones (acciones preventivas) en la generalidad de las dependencias y, en tres (3) de ellas, se establecieron hallazgos (acciones correctivas) relacionados con la suficiencia, oportunidad y trazabilidad de las evidencias o con la consistencia entre el resultado reportado y el resultado efectivamente acreditado.

A nivel institucional, las veintinueve (29) dependencias formularon en conjunto cuatrocientas setenta y dos (472) metas en el marco del Plan de Acción Institucional - PAI 2025. De estas, algunas corresponden a metas comunes cuya responsabilidad recae en todas las dependencias, razón por la cual se contabilizan de manera repetida. Del total de metas, cuatrocientas diecisiete (417) fueron ejecutadas y verificadas, mientras que cincuenta y cinco (55) fueron catalogadas por las dependencias como "no aplica" durante la vigencia, es decir, metas formuladas cuya condición o evento que las origina no se presentó en el periodo evaluado, pero que continúan formando parte del plan y deben mantenerse bajo seguimiento. La sumatoria de las metas ejecutadas y las catalogadas como no aplica corresponde a la totalidad de las metas formuladas, lo cual es consistente con que veintiocho (28) de las veintinueve (29) dependencias hayan reportado un cumplimiento del 100% y una (1) haya reportado 99,90%.

6. PRINCIPALES SITUACIONES IDENTIFICADAS

El análisis consolidado de las evaluaciones realizadas permitió identificar situaciones recurrentes relacionadas con el fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento, control y documentación de la gestión. Entre las principales situaciones identificadas se encuentran:

- **Gestión y trazabilidad de las evidencias:**

Se evidenció la necesidad de fortalecer la organización, actualización, disponibilidad, pertinencia y trazabilidad de los soportes que acreditan el cumplimiento de las metas. En algunos casos, las actividades habían sido reportadas como ejecutadas; sin embargo, la evidencia no se encontraba incorporada oportunamente en los expedientes o no permitía establecer de manera directa la relación entre la meta, el indicador, el resultado y el documento soporte.

- **Gestión de información para publicación**

Se identificaron situaciones relacionadas con la remisión oportuna de información a la Oficina Asesora de Comunicaciones y con la verificación posterior de su publicación. Se requiere fortalecer la trazabilidad de estas actuaciones y establecer controles que permitan demostrar la publicación oportuna y, cuando corresponda, actualización de los contenidos. Respecto de la denominación de los informes, se evidenció que los nombres publicados no siguen un criterio claro y uniforme que facilite su identificación y consulta por las partes interesadas. Esta fue la situación más recurrente de la evaluación, presente en veintiuna (21) de las veintiocho (28) dependencias con recomendaciones formuladas.

- **Liberación de productos**

Se identificaron oportunidades de fortalecimiento relacionadas con la liberación y trazabilidad de productos institucionales (Informes derivados de los procesos de auditoría fiscal y PQRSD). Se requiere asegurar que la liberación se realice oportunamente antes del envío del informe o respuesta definitiva de la PQRSD, y que quede evidencia de la conformidad con los criterios establecidos y de las personas responsables de autorizarla. Esta situación se identificó en catorce (14) de las veintiocho (28) dependencias que recibieron recomendaciones, lo que la convierte en la segunda situación más recurrente de la evaluación.

- **Control del Calendario de Obligaciones Legales y Administrativas – COLA**

Se evidenció la necesidad de fortalecer la revisión, actualización y seguimiento del Calendario de Obligaciones Legales y Administrativas, así como la claridad respecto de las responsabilidades de las dependencias frente a las obligaciones registradas, y la trazabilidad y almacenamiento de las evidencias y soportes de su cumplimiento. Esta situación se presentó en siete (7) de las veintiocho (28) dependencias con recomendaciones formuladas, lo que la ubica como la tercera situación más recurrente de la evaluación.

- **Medición y análisis de indicadores de gestión**

En algunas dependencias se observaron oportunidades de mejora en la medición, análisis y documentación de los indicadores de gestión. El seguimiento no debe limitarse al registro de un porcentaje, sino que debe permitir establecer cómo se obtuvo el resultado, la aplicación de la fórmula establecida en la ficha técnica, cuáles fueron las desviaciones y qué acciones fueron implementadas. Esta oportunidad de mejora se observó en cinco (5) de las veintiocho (28) dependencias con recomendaciones formuladas, siendo la cuarta situación más recurrente de la evaluación.

- **Seguimiento y monitoreo de riesgos**

Se identificó la necesidad de fortalecer el seguimiento periódico de los riesgos y el registro oportuno de las actividades de control en Isolución.

7. PRINCIPALES FORTALEZAS

La evaluación permitió identificar las siguientes fortalezas institucionales:

- Existencia de mecanismos institucionales de seguimiento al Plan de Acción Institucional.
- Reporte periódico de resultados por parte de las dependencias.
- Disponibilidad de evidencias para una parte significativa de las metas evaluadas.
- Disposición de las dependencias para suministrar información y atender las solicitudes efectuadas durante la evaluación.
- Existencia de sistemas institucionales como Isolución y Mercurio, que constituyen herramientas relevantes para fortalecer la trazabilidad y conservación de la información.

8. HALLAZGOS

Como resultado de la evaluación se identificaron cuatro (4) situaciones calificadas como hallazgos, concentradas en tres (3) dependencias:

Cada hallazgo debe ser objeto de formulación de un plan de mejoramiento por parte de la dependencia responsable, dentro de los plazos y conforme al procedimiento institucional vigente para el efecto, y su cumplimiento será objeto de verificación en los ejercicios de seguimiento posteriores de la Oficina de Control Interno.

Hallazgo N°1 - Dirección de Talento Humano:

Meta: Desarrollar el simulacro de emergencia para la vigencia 2025, con su respectivo análisis y recomendaciones.

Indicador de cumplimiento: Informe del simulacro de emergencia realizado.

Descripción del hallazgo: Ausencia de evidencia documental que soporte el cumplimiento del indicador del simulacro de emergencia.

Durante la revisión del expediente Mercurio N°202500000910, correspondiente al Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo- Vigencia 2025, no se evidenció el Informe del Simulacro de Emergencia, establecido como medio de verificación del indicador de la meta, ni se encontró el número de radicado, registro o documento que permitiera acreditar su elaboración e incorporación al expediente.

Si bien la dependencia reportó en el Plan de Acción que el simulacro fue ejecutado y que el informe fue cargado y divulgado durante la vigencia, la Oficina de Control Interno no encontró evidencia documental que permitiera corroborar dicha información. En consecuencia, no fue posible acreditar documentalmente el cumplimiento del indicador, situación que evidencia debilidades en los mecanismos de control para la gestión, organización y conservación de las evidencias y que limita la confiabilidad, trazabilidad y verificabilidad de la información reportada.

Hallazgo N°2 - Dirección de Talento Humano:

Meta: Monitorear los riesgos de los procesos que estén bajo la responsabilidad de la dependencia y registrar el seguimiento a las actividades en el aplicativo Isolución, acorde establecido en política de administración del riesgo.

Indicador de cumplimiento: Monitoreo y Seguimiento registrado Isolución.

Descripción del hallazgo: Registro extemporáneo del monitoreo de riesgos en el aplicativo Isolución. En la verificación realizada al aplicativo Isolución se evidenció que los seguimientos correspondientes al cuarto trimestre de 2025, con corte al 31 de diciembre de 2025, de las acciones para abordar el riesgo de gestión N°573 y el riesgo de soborno N°618, fueron registrados de manera extemporánea el 01 de Febrero de 2026 y el 11 de Junio de 2026 respectivamente. Lo anterior evidencia que el registro de los seguimientos no se realizó dentro de la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo, afectando la oportunidad de la información disponible para el monitoreo de los riesgos y limitando la trazabilidad de las actuaciones realizadas durante el periodo objeto de seguimiento. Esta situación debilita la oportunidad y confiabilidad de la información registrada en el aplicativo Isolución para el seguimiento y monitoreo institucional de los riesgos, así como la capacidad de contar oportunamente con información que permita identificar desviaciones y adoptar, cuando corresponda, las acciones de tratamiento necesarias.

Hallazgo N°3 - Dirección Gestión del Conocimiento, Capacitación e Investigaciones

Meta: Realizar videos tutoriales que hagan parte del procedimiento de auditorías:

Indicador de cumplimiento: 3 videos

Descripción del hallazgo: Se evidenció que la dependencia reportó un cumplimiento del 100 % de la meta “Realizar videos tutoriales que hagan parte del procedimiento de auditorías”; sin embargo, en la verificación realizada se evidenció la ejecución y publicación de dos (2) de los tres (3) videos establecidos como indicador de cumplimiento, sin que se encontrara evidencia de una modificación, ajuste o reprogramación formal de la meta o del indicador que sustentara el resultado reportado.

En consecuencia, se presenta una diferencia entre el resultado informado por la dependencia y la evidencia disponible al cierre de la vigencia, toda vez que los soportes revisados acreditan la ejecución de dos (2) productos frente a los tres (3) establecidos inicialmente.

Esta situación afecta la consistencia, confiabilidad y trazabilidad de la información reportada para el seguimiento y evaluación del Plan de Acción Institucional, y evidencia la necesidad de fortalecer los controles de validación previa de los

resultados reportados frente a las metas, indicadores y modificaciones formalmente aprobadas.

Hallazgo N°4 - Oficina Asesora de Comunicaciones

Meta: Realizar monitoreo trimestral a toda la información publicada en la página web de la entidad, acompañado de una campaña comunicacional, recordando el envío de la información por parte de las dependencias, que permita mantener actualizados sus contenidos.

Indicador de cumplimiento: 1. Monitoreo realizado / Monitoreo programado. 2. Campaña realizada.

Descripción del hallazgo: Se evidenciaron debilidades en la documentación, organización y trazabilidad de las evidencias asociadas al cumplimiento de la meta relacionada con el monitoreo trimestral de la información publicada en la página web y la realización de campañas comunicacionales. Los soportes revisados no fueron suficientes y plenamente verificables para acreditar documentalmente la ejecución de los cuatro (4) monitoreos y cuatro (4) campañas reportadas, y se identificaron inconsistencias entre la información registrada en el seguimiento y la documentación contenida en los expedientes. Esta situación limita la trazabilidad y confiabilidad de la información reportada y dificulta la verificación independiente del cumplimiento de los indicadores establecidos para la meta.

9. RECOMENDACIONES GENERALES

Con fundamento en las situaciones recurrentes identificadas durante la evaluación, la Oficina de Control Interno formula las siguientes recomendaciones generales, aplicables de manera transversal a las dependencias de la entidad:

- ✓ **Fortalecer el autocontrol y la calidad del reporte:** Implementar mecanismos de revisión interna que permitan validar, antes del reporte de cumplimiento, la consistencia entre el resultado informado, el indicador y las evidencias que lo sustentan, evitando que el porcentaje de cumplimiento se registre sin una explicación suficiente de los resultados obtenidos.
- ✓ **Fortalecer la gestión de evidencias:** Garantizar que los soportes sean suficientes, pertinentes, oportunos, identificables y trazables frente a la meta o compromiso correspondiente.
- ✓ **Fortalecer la articulación para la publicación de información:** Establecer controles que permitan garantizar la remisión oportuna de información a la Oficina Asesora de Comunicaciones y la verificación de su publicación. Se recomienda que las dependencias implementen un sistema de control que contemple, como mínimo, plazos límite para la remisión y publicación, reportes periódicos sobre la existencia o no de modificaciones, y la verificación de la publicación efectiva en el sitio web institucional con la respectiva denominación de los nombres de los informes o publicaciones.
- ✓ **Fortalecer la trazabilidad de productos:** Reforzar los controles asociados a la generación, revisión, aprobación, liberación y conservación de los productos institucionales.
- ✓ **Fortalecer la gestión del COLA:** Definir claramente responsabilidades, controles y evidencias de seguimiento de las obligaciones registradas en el Calendario de Obligaciones Legales y Administrativas. Asimismo, la revisión y actualización permanente.
- ✓ **Fortalecer el análisis de indicadores:** Aplicar de manera consistente la fórmula y los criterios de medición definidos en la ficha técnica de cada indicador, documentando las desviaciones frente a la meta y las acciones adoptadas para atenderlas.

- ✓ **Fortalecer el seguimiento de riesgos:** Garantizar la ejecución y documentación periódica de las actividades de control asociadas a los riesgos bajo responsabilidad de cada dependencia, registrándolas oportunamente en Isolución.
- ✓ **Fortalecer el seguimiento periódico:** Realizar seguimiento permanente a las metas, especialmente a aquellas cuyo comportamiento evidencie riesgos de incumplimiento, con el propósito de adoptar oportunamente las acciones necesarias.
- ✓ **Fortalecer la gestión documental:** Incorporar oportunamente los soportes en los expedientes de Mercurio y demás sistemas institucionales correspondientes, conforme a la Tabla de Retención Documental.
- ✓ **Evaluar la sistematización del seguimiento al Plan de Acción Institucional PAI:** Evaluar la viabilidad de sistematizar el proceso de seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional, con el propósito de disminuir riesgos asociados a registros manuales, inconsistencias y pérdida de trazabilidad.
- ✓ **Designar enlaces de seguimiento:** Designar en cada dependencia un enlace responsable de apoyar el registro de resultados, la medición de indicadores y la adecuada disposición de las evidencias.

10. CONCLUSIONES

1. La evaluación realizada por la Oficina de Control Interno permitió establecer que, en términos generales, los resultados reportados por las veintinueve (29) dependencias guardan correspondencia con las evidencias verificadas, lo que permite establecer un nivel de cumplimiento institucional favorable. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas principalmente con la calidad, oportunidad, suficiencia y trazabilidad de la información que sustenta los resultados reportados.
2. El principal reto institucional no se encuentra únicamente en el nivel de ejecución de las metas, sino también en la calidad, oportunidad, suficiencia y trazabilidad de la información utilizada para demostrar dicho cumplimiento.
3. Las situaciones identificadas evidencian la necesidad de fortalecer el autocontrol de las dependencias como una instancia previa al reporte de resultados, mediante la validación de los indicadores, la revisión de la correspondencia entre resultados y las evidencias, la organización y suficiencia de los soportes, el registro oportuno en los sistemas institucionales y la adecuada documentación de los productos generados.
4. Entre las situaciones identificadas, la relacionada con la remisión oportuna de información a la Oficina Asesora de Comunicaciones y la verificación de su publicación en la página web institucional fue la más recurrente, al presentarse en veintiuna (21) de las veintiocho (28) dependencias con recomendaciones formuladas. Le siguieron las situaciones relacionadas con la liberación de productos y la gestión del Calendario de Obligaciones Legales y Administrativas (COLA). Esta recurrencia evidencia la necesidad de fortalecer prioritariamente estos procesos transversales, mediante controles preventivos, responsables claramente definidos y mecanismos de verificación y seguimiento oportunos.
5. Los cuatro (4) hallazgos identificados se concentran en tres aspectos fundamentales: debilidades documentales, registros extemporáneos y diferencias entre el resultado reportado y la evidencia efectivamente acreditada. Estas situaciones requieren acciones correctivas y seguimiento específico, orientados no solo a subsanar los casos identificados, sino a fortalecer los controles que permitan prevenir su recurrencia.

6. Es importante precisar que la formulación de una recomendación de mejoramiento no implica, por sí misma, el incumplimiento de una meta. Una dependencia puede presentar un resultado satisfactorio y, simultáneamente, evidenciar oportunidades de mejora relacionadas con sus controles, mecanismos de seguimiento o gestión de evidencias. Por su parte, cuando la evidencia disponible no permite acreditar objetivamente el resultado informado, o cuando se presentan debilidades relevantes de control que configuran una situación susceptible de hallazgo, procede su formulación conforme a los criterios establecidos para la evaluación.
7. El seguimiento del Plan de Acción Institucional - PAI debe evolucionar hacia un modelo sistematizado, integrado y oportuno, que permita disponer de información actualizada sobre el avance de las metas y facilite su monitoreo, análisis y toma de decisiones. Este modelo debe trascender la medición del porcentaje de cumplimiento e incorporar criterios de suficiencia, pertinencia y calidad de la evidencia, así como la trazabilidad entre las acciones ejecutadas, los productos generados y los resultados obtenidos. Asimismo, deberá propender por la actualización continua de la información y, cuando las condiciones tecnológicas lo permitan, por su consulta en tiempo real, de manera que sea posible generar alertas frente a desviaciones y adoptar oportunamente las acciones de mejora requeridas.
8. La Oficina de Control Interno considera que los resultados de esta evaluación constituyen un insumo relevante para fortalecer la gestión institucional y el ejercicio del autocontrol. La atención de las recomendaciones y hallazgos deberá orientarse no solo a la corrección de las situaciones identificadas, sino también al fortalecimiento de los controles y prácticas que permitan prevenir su recurrencia.