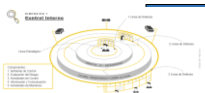
Nombre de la Entidad:	**CONTRALORÍA DISTIRTAL DE MEDELLÍN** **1800 - Informe Semestral de Evaluación del Estado del Sistema de Control Interno con corte a 31 de diciembre de 2025, 30 de enero de 2026.**
Periodo Evaluado:	01/07/2025 - 31/12/2025



Estado del sistema de Control Interno de la entidad		**96%**

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	**Si**	Para el segundo semestre de la vigencia 2025, como resultado de la evaluación al **Estado del Sistema de Control Interno de la Contraloría Distrital de Medellín**, realizada de conformidad con los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), se obtuvo una calificación total del **96%**, lo cual evidencia que los componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI, se encuentran presentes y funcionando de manera articulada, integral y coherente. Lo anterior es producto de las acciones implementadas por las líneas de defensa, que han permitido alcanzar un nivel de desarrollo satisfactorio en términos de presencia y funcionalidad de los componentes, con los siguientes resultados: **Ambiente de control (96%), Evaluación de riesgos (97%), Actividades de control (96%), Información y comunicación (93%) y Actividades de monitoreo (100%).** El análisis de los resultados de la evaluación por cada uno de los cinco (5) componentes del MECI, así como de los (17) lineamientos o especificaciones asociadas y de los (81) requisitos definidos por el DAFP, permitió establecer la efectividad del Sistema de Control Interno, concluyendo lo siguiente: - De los 81 requisitos evaluados, (**75**), que representan el **92,6**%, se encuentran presentes y funcionan adecuadamente, por lo cual se requiere continuar con las acciones orientadas a su sostenibilidad y mantenimiento, en el marco de las líneas de defensa. - De los 81 requisitos evaluados, seis (**6**), equivalentes al **7,4**%, se encuentran presentes y funcionando; no obstante, requieren la implementación de acciones de fortalecimiento y mejora, orientadas a optimizar su efectividad y consolidar su madurez dentro del Sistema de Control Interno.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	**Si**	El Sistema de Control Interno de la **Contraloría Distrital de Medellín** es efectivo para el logro de los objetivos evaluados, de acuerdo con los resultados de la evaluación correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2025. La evaluación de la efectividad, realizada sobre los (**81**) requisitos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), arrojó los siguientes resultados: - De los 81 requisitos evaluados, (**76**), equivalentes al **92,6**%, se encuentran calificados con nivel **3** en diseño (**Control presente**) y nivel **3 (funcionado**), lo que evidencia que los controles están adecuadamente diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos, contribuyendo a prevenir la materialización de los riesgos identificados. - De los 81 requisitos evaluados, seis (**6**) que representan el **7.4**%, se encuentran calificados con nivel **3** en diseño (**Control presente**) y nivel **2** (**Control funcionando**), lo que indica que, si bien los controles se encuentran diseñados e implementados, presentan algunas debilidades en su ejecución, por lo que requiere acciones de fortalecimiento para mejorar su efectividad. Los resultados de la evaluación se fundamentan en las respuestas y evidencias suministradas por los responsables de la operatividad de los controles, así como en las verificación realizada por la Oficina de Control Interno, con base en la información registrada en el Sistema Integrado de Gestión Isolución, el Sistema de Gestión Documental Mercurio y la página Web Institucional, en cumplimiento de los lineamientos definidos por el DAFP. Adicionalmente, la evaluación permitió establecer que la Entidad viene implementando de manera adecuada las políticas de gestión del riesgo, enmarcadas en el Modelo Integral de Planeación y Gestión - MIPG, bajo el esquema de Líneas de Defensa. Lo anterior se evidencia en las actividades desarrolladas en la gestión institucional, las directrices, políticas y mecanismos definidos por la Alta Dirección, así como en la asignación clara de responsabilidades de control a las diferentes dependencias, lo que ha contribuido a garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la ejecución de los planes institucionales y el mejoramiento continuo de la Entidad.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	**Si**	La Contraloría Distrital de Medellín, tiene definidas instancias que permiten el desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Control Interno, a través del establecimiento de políticas, manuales, guías, procesos y procedimientos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, facilitando la identificación de riesgos, el diseño de controles, la generación de alertas y mejoras en el sistema, de acuerdo a las responsabilidades asignadas a cada línea de defensa para que funcione correctamente y logre sus objetivos. La Contraloría Distrital de Medellín, a través de la Resolución 064 de 2020 "Por medio de la cual se actualiza y ajusta la regulación, funcionamiento y composición del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) y se subsumen las sesiones ordinarias dentro del Comité del Consejo de Dirección", conformó el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como órgano de asesoría y decisión en los asuntos de control interno con funciones definidas. Lo anterior, ha permitido importantes avances en el diseño, implementación y mantenimiento de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, de los cinco (5) componentes y asignar las responsabilidades en la materia a través del esquema de líneas de defensa; contando entre otros, con los diferentes comités que cumplen la función asignada.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicacion de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	**Si**	**96%**	**Fortalezas**: • La implementación y apropiación del Código de Integridad, así como la aplicación de mecanismos para la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada. • El monitoreo permanente de los riesgos de corrupción y la operación de una línea interna de denuncia para reportar situaciones irregulares o posibles incumplimientos a los principios de integridad. • La implementación del Esquema de Líneas de Defensa, con roles y responsabilidades definidos, así como líneas de reporte claras que facilitan la toma oportuna de decisiones. • La evaluación y actualización de la Política de Administración del Riesgo, con participación de la Alta Dirección y definición de los niveles de aceptación del riesgo. • La evaluación de la planeación estratégica institucional, considerando alertas, necesidades y cambios del entorno que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos. • La evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano, incluyendo los procesos de ingreso, permanencia y retiro del personal. • La existencia de políticas institucionales claras y comunicadas, que asignan responsabilidades de control a cada servidor público. • La evaluación de los productos y servicios de los contratistas de apoyo, como parte del aseguramiento del logro de los objetivos institucionales. • El análisis por parte de la Alta Dirección de la información financiera y de los reportes generados por la segunda y tercera línea de defensa, para la toma de decisiones oportunas. • La aprobación, seguimiento y evaluación del Plan Anual de Auditoría, así como el análisis de los informes emitidos por la Oficina de Control Interno y su impacto en el mejoramiento institucional.. **Oportunidades de mejora**: • Fortalecer los mecanismos para la gestión de los conflictos de interés, garantizando la presentación oportuna de la declaración de bienes y rentas, el impuesto sobre la renta y complementarios y el registro de los conflictos de interés en el Aplicativo por la Integridad Pública, conforme a lo establecido en la Ley 2013 de 2019. • Actualizar la resolución del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, ajustar aspectos relacionados con la periodicidad de las reuniones y evaluar su articulación con el Consejo de Dirección, considerando que en este Comité se adoptan decisiones estratégicas e importantes para la Entidad.. • Para fortalecer la evaluación del impacto del Plan Institucional de Capacitación, se recomienda: Reforzar la aplicación de instrumentos técnicos que permitan medir no solo la ejecución de las actividades formativas, sino también su impacto en la gestión administrativa, los cambios organizacionales y la mejora del desempeño de los servidores públicos en sus respectivas áreas de trabajo, como resultado del aprendizaje adquirido. Involucrar activamente al Comité de Capacitación y a otras partes interesadas en el proceso de evaluación, a fin de identificar oportunidades de mejora, generar acciones correctivas y asegurar la aplicación efectiva de las recomendaciones derivadas de los resultados obtenidos. • Fortalecer la cultura archivística institucional, estableciendo plazos definidos para el cargue oportuno de los soportes de la gestión en el Sistema de Gestión Documental Mercurio, que faciliten la consulta y verificación de la información.	**98%**	**Fortalezas**: La aplicación del Código de Integridad. •Los mecanismos para el manejo de conflictos de interés. •Los mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada. • El monitoreo permanente de los riesgos de corrupción. •El establecimiento de la línea de denuncia interna para situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. •La creación y actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. •El Esquema de Líneas de Defensa. •Las líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones. •La evaluación y actualización de la Política de Administración del Riesgo y la participación de la Alta Dirección y los niveles de aceptación del riesgo. •La evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas, necesidades, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, y que garanticen de forma razonable su cumplimiento. •La evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano. •La evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso, permanencia y retiro del personal. •Políticas claras y comunicadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno. •La evaluación de los productos y servicios de los contratistas de apoyo. • La estructura del Esquema de Líneas de Defensa y sus responsabilidades frente a diferentes temas críticos de la entidad. •La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros. •La información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa para la toma de decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos. •Aprobación y seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno. •La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional. Durante el primer semestre de 2025 se identificaron múltiples fortalezas en la estructura y funcionamiento del ambiente de control de la entidad. Se destacó la implementación del Código de Integridad, los mecanismos para la gestión de conflictos de interés, la prevención del uso indebido de información privilegiada, el monitoreo de riesgos de corrupción, la existencia de una línea de denuncia interna, y la consolidación del Esquema de Líneas de Defensa. También se reconoció la participación activa de la Alta Dirección en la planeación estratégica, la evaluación del talento humano, y el análisis de los informes de control interno como insumo para la mejora institucional. **Oportunidad de mejora**: •Con el fin de fortalecer la cultura archivística en la Entidad, es necesario establecer un plazo límite para la elaboración y almacenamiento de los registros generados de las reuniones de los Comités y grupos primarios en los respectivos expedientes del Sistema de Gestión Documental Mercurio creados para tal fin, para que estos se ingresen con oportunidad para su consulta y verificación. •Se requiere generar estrategias y fortalecer una cultura al interior de la Entidad, en la publicación en los tiempos establecidos por la Ley 2013 de 2019, para que los servidores públicos a quienes les aplica la norma ingresen la información en el "Aplicativo Por la Integirdad Pública" y declaren sus bienes y rentas e impuesto sobre la renta y complementarios y registren sus conflictos de interés con oportunidad para evitar incumplimientos. A pesar de los avances, se mantiene una debilidad en el requerimiento 1.5, relacionado con el análisis de viabilidad y efectividad de la línea de denuncia interna. Aunque la entidad cuenta con esta línea en funcionamiento, se identificó un caso de incumplimiento en la declaración de bienes y rentas y conflicto de interés por parte de un exdirectivo, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento a las obligaciones establecidas en la Ley 2013 de 2019. Como parte del seguimiento a esta observación, la Oficina de Control Interno realizará en el segundo semestre de 2025 el Informe de Ley sobre el Estado de Registro y Actualización en el SIGEP, validando los reportes del aplicativo "Por la Integridad Pública" y verificando el cumplimiento de las obligaciones de transparencia por parte de los servidores públicos, especialmente en los procesos de retiro. •Fortalecer el ejercicio de evaluación del impacto del Plan Institucional de Capacitación- PIC, con la adopción y aplicación de instrumentos técnicos que permitan no solo la medición de la ejecución de las actividades, sino medir el impacto que se genera en la gestión administrativa, los cambios organizacionales y el resultado en el desempeño de los servidores públicos en sus áreas de trabajo, como resultado de las acciones y el aprendizaje de las capacitaciones realizadas. Así mismo, involucrar en la evaluación al Comité de Capacitaciones y demás partes interesadas, para generar acciones de mejora con las recomendaciones a que haya lugar.	**-2%**
Evaluación de riesgos	**Si**	**97%**	**Fortalezas:** • La Entidad dispone de mecanismos que articulan el Plan Estratégico con los objetivos estratégicos y operativos, garantizando su alineación con la gestión por procesos, programas y proyectos, según aplique. • Los objetivos institucionales y de los procesos se encuentran definidos bajo criterios de especificidad, medición, alcanzabilidad, relevancia y delimitación en el tiempo. • La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos institucionales, asegurando su consistencia y pertinencia frente a la misión y el contexto organizacional. • La Política de Administración del Riesgo establece lineamientos de aplicación para toda la Entidad, incluyendo áreas tercerizadas, instancias externas y demás actores que inciden en la prestación del servicio. • La Oficina de Planeación, en su rol de segunda línea de defensa, consolida información clave sobre la gestión del riesgo, la cual es analizada por la Alta Dirección, particularmente en lo relacionado con la ocurrencia de materializaciones de riesgo. • Cuando se identifican materializaciones de riesgo, se definen cursos de acción orientados a la revisión y actualización de los mapas de riesgos, así como al seguimiento de las acciones implementadas para su tratamiento. • La Alta Dirección, con base en el análisis del entorno interno y externo, identifica los procesos, programas o proyectos susceptibles de riesgos de corrupción, y realiza su monitoreo con la periodicidad definida en la Política de Administración del Riesgo. • Para el desarrollo de las actividades de control, la Entidad considera la adecuada segregación de funciones, con el fin de reducir el riesgo de acciones fraudulentas. • Se realiza el monitoreo de los factores internos y externos que puedan generar cambios en el perfil de riesgos, permitiendo identificar oportunamente nuevos riesgos o la necesidad de ajustar los existentes. • La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas, con base en los informes presentados por la segunda y tercera línea de defensa, y evalúa las fallas en el diseño y ejecución de los controles para definir acciones de mejora. **Oportunidades de mejora:** • A pesar del alto nivel de cumplimiento alcanzado, se requiere fortalecer el monitoreo de los riesgos aceptados, verificando de manera periódica si las condiciones que dieron origen a su valoración se mantienen o han variado, y determinando la pertinencia de su continuidad o ajuste. • Así mismo, es necesario reforzar las evaluaciones sistemáticas sobre el diseño y la efectividad de los controles, mediante análisis estructurados que permitan identificar cambios en las condiciones de los riesgos, evaluar la pertinencia de su aceptación y definir acciones de mejora sobre las actividades de control implementadas para su tratamiento.	**97%**	**Fortalezas:** • La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos. • Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo. • La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad. • Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio. • La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo. • A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo. • Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente. • Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas. •La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique) susceptibles de posibles actos de corrupción. • La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo. • Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas. • La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora. • Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes. • La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa. La entidad presentó un desempeño sólido en este componente, destacándose por contar con mecanismos efectivos para la alineación entre el plan estratégico, los objetivos institucionales y operativos. Se evidenció una gestión activa del riesgo por parte de la Alta Dirección, incluyendo el monitoreo de riesgos de corrupción, la evaluación de fallas en los controles, y la consideración de riesgos asociados a actividades tercerizadas. La segunda línea de defensa (Oficina de Planeación y Gerencia de Riesgos) consolidó información clave que fue utilizada por la Alta Dirección para tomar decisiones informadas y definir acciones correctivas ante materializaciones de riesgo. **Oportunidad de mejora:** • A pesar del alto nivel de cumplimiento, es imortante que se fotalezca el monitoreo de los riesgos aceptados, revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos. • evaluar fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa. Se observa una debilidad en el requerimiento 9.3, relacionado con el monitoreo de los riesgos. No se evidencia un análisis sistemático que permita revisar si las condiciones de estos riesgos han cambiado, ni si es pertinente mantenerlos o ajustarlos, así como la pertinencia de las actividades de control establecidas. Por lo tanto, se recomienda que, se incluya en el Plan Anual de Auditorías una evaluación independiente a la gestión de riesgos, liderada por la Oficina de Control Interno, con el fin de verificar la ejecución efectiva de los controles y su alineación con los riesgos institucionales.	**0%**
Actividades de control	**Si**	**96%**	**Fortalezas:** • Para el desarrollo de las actividades de control, la Entidad considera la división y segregación de funciones entre diferentes servidores, con el propósito de reducir el riesgo de errores, incumplimientos o situaciones de alto impacto en la operación. • Se han identificado y documentado las situaciones específicas en las cuales no es posible segregar adecuadamente las funciones, definiendo controles alternativos que permiten cubrir los riesgos identificados. • Los sistemas de gestión certificados bajo las normas ISO 9001:2015 (Sistema de Gestión de la Calidad) e ISO 37001:2016 (Sistema de Gestión Antisoborno) se encuentran adecuadamente integrados a la estructura de control institucional, fortaleciendo la gestión y el aseguramiento de los procesos. • La Entidad establece actividades de control sobre las infraestructuras tecnológicas, incluyendo la gestión de la seguridad de la información y los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías. • Se desarrollan controles sobre las actividades y servicios prestados por los proveedores de tecnología, orientados a mitigar los riesgos asociados a su operación. • La Entidad cuenta con matrices de roles y usuarios, diseñadas bajo los principios de segregación de funciones, que soportan el control de accesos a los sistemas de información. • Se dispone de información generada por la tercera línea de defensa, en su rol de evaluador independiente, respecto de los controles implementados por los proveedores de servicios, lo cual contribuye a asegurar la mitigación de los riesgos relacionados. • El diseño de los controles se evalúa de manera articulada con la gestión del riesgo, y se realiza el monitoreo de los riesgos conforme a lo establecido en la Política de Administración del Riesgo de la Entidad. **Oportunidades de mejor**a • A pesar de la actualización de la Política de Administración del Riesgo, en la cual se ajustaron los plazos para el registro de los seguimientos en el aplicativo Isolución, se evidencian avances importantes en la gestión. No obstante, se identifican algunas oportunidades de fortalecimiento relacionadas con el requerimiento 12.4, específicamente en la verificación de la ejecución de los controles conforme a su diseño. En este sentido, resulta pertinente continuar fortaleciendo la evaluación integrada del diseño y funcionamiento de los controles, especialmente ante cambios organizacionales, mediante análisis estructurados que contribuyan a identificar de manera oportuna su impacto en el Sistema de Control Interno. • Si bien no existe una obligación legal expresa para que las Oficinas de Control Interno elaboren un informe independiente y periódico exclusivo sobre la gestión de riesgos, se requiere fortalecer el enfoque de auditoría basada en riesgos, consolidando la identificación, análisis y priorización de los riesgos críticos, de manera que la planeación y ejecución de las auditorías se focalicen en los procesos de mayor criticidad y permitan pronunciarse de forma sustantiva sobre la efectividad de los controles implementados, más allá del cumplimiento formal de los requisitos.	**96%**	**Fortalezas:** •La entidad para las actividades de control considera la división de las funciones y segregación en diferentes servidores para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación. •Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados. •Los sistemas de gestión bajo las normas ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de Calidad, la ISO 37001:2016 Sistema de Gestión Antisoborno, que se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad. •La entidad establece actividades de control sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías. •Desarrolla actividades de control sobre las actividades y servicios de proveedores de tecnología. •Cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones. •Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan. •El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo. •Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad. La entidad ha mantenido una estructura sólida en la implementación de actividades de control, con una calificación destacada. Se evidencian prácticas como la segregación de funciones, el diseño de controles alternativos cuando esta no es posible, y la integración de sistemas de gestión bajo normas ISO 9001:2015 e ISO 37001:2016. Además, se han establecido controles sobre infraestructura tecnológica, seguridad de la información, y servicios de proveedores, incluyendo la verificación independiente por parte de la tercera línea de defensa. También se ha fortalecido el diseño de controles en función de la gestión del riesgo, y se realiza monitoreo conforme a la política de administración de riesgos vigente. **Oportunidad de mejora:** •Aunque se realizó actualización a la a la Política de Administración de Riesgos, donde se ajustó el plazo para el registro trimestral o de acuerdo a la frecuencia definida para los seguimientos a los riesgos en Isolución. A pesar de los avances, se mantiene la debilidad en el requerimiento 12.4, relacionada con la verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados. Se reitera la necesidad de evaluar el diseño de los controles de manera articulada entre la primera y segunda línea de defensa, especialmente ante cambios organizacionales. Se ha identificado que no existe evidencia de un análisis riguroso que considere el impacto de estos cambios en el sistema de control interno. Por lo tanto, se recomienda que, se incluya en el Plan Anual de Auditorías una evaluación independiente a la gestión de riesgos, liderada por la Oficina de Control Interno, con el fin de verificar la ejecución efectiva de los controles y su alineación con los riesgos institucionales.	**0%**
Información y comunicación	**Si**	**93%**	**Fortalezas.** • La Entidad cuenta con sistemas de información que permiten capturar, procesar y transformar datos en información relevante para alcanzar los requerimientos definidos. • Existe un inventario de información con mecanismos establecidos para su actualización constante. • Se dispone de un amplio conjunto de fuentes de datos internas y externas, que facilitan la captura y procesamiento de información clave para la consecución de metas y objetivos. • Se han implementado controles sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información relevante. • La Alta Dirección dispone de mecanismos de comunicación interna para dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, y evalúa periódicamente su efectividad. • La Entidad cuenta con políticas y procedimientos claros sobre administración de la información, definiendo niveles de autoridad y responsabilidad. • Existen canales internos de denuncia anónima o confidencial para reportar situaciones irregulares, con mecanismos específicos para su manejo. • Se establecen políticas y procedimientos que facilitan una comunicación interna efectiva. • La Entidad implementa controles que aseguran la comunicación externa, con canales definidos según el tipo de información a divulgar. • Se cuenta con procesos para el manejo de la información entrante, desde su recepción y clasificación hasta su análisis y respuesta correspondiente. **Oportunidades de mejora:** • Comparando la evaluación de la satisfacción de la comunicación externa entre 2024 y 2025, se evidencia un avance significativo, atribuido al incremento en boletines de prensa, constante comunicación con periodistas y publicaciones activas en redes sociales. No obstante, es clave continuar fortaleciendo los canales de comunicación, promoviendo mayor participación ciudadana, aumentando la presencia institucional en medios y redes sociales, y generando contenidos informativos sobre el quehacer misional. Se recomienda mantener un periodo adicional de observación para verificar la efectividad y sostenibilidad de las medidas implementadas. • Es necesario fortalecer la actividad de análisis y actualización de la caracterización de usuarios o grupos de valor, asegurando que la base de datos se mantenga vigente para invitar a eventos y optimizar la comunicación con los públicos estratégicos.	**93%**	**Fortalezas:** •La entidad cuenta con sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos. •La entidad cuenta con inventario de información y mecanismos para su actualización. •La entidad cuenta con un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento de información clave para la consecución de metas y objetivos. •La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información relevante. •La Alta Dirección tiene mecanismos de comunicación interna para dar a conocer los objetivos y metas estratégicas y evalúa su efectividad. •La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad). •La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo. •La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva. •La entidad implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. •La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar. •La entidad cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde). •La entidad analiza su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente. La Entidad ha consolidado una estructura robusta en materia de información y comunicación, evidenciada en la existencia de sistemas de información para capturar, procesar y transformar datos, un inventario actualizado de información relevante, y el uso de fuentes internas y externas para apoyar la toma de decisiones. Se han implementado controles sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información, y se cuenta con canales internos y externos definidos, así como políticas y procedimientos que facilitan la comunicación efectiva. La Alta Dirección ha demostrado compromiso en la divulgación de objetivos estratégicos, y la entidad ha establecido mecanismos para la denuncia anónima o confidencial, así como para el manejo de la información entrante y su respuesta correspondiente. Además, se realiza análisis de la caracterización de usuarios o grupos de valor, lo que permite ajustar la comunicación institucional según las necesidades identificadas. **Oportunidad de mejora:** •Los resultados de la evaluación de la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como su contenido, según la medición de los indicadores el nivel de satisfacción de la comunicación externa del 2024 no cumplió la meta establecida. Por lo que se debe fortalecer estos canales de comunicación y aplicar un plan de mejoramiento con estrategias que permita mejorar la percepción ciudadana, fortaleciendo la pedagogía y generando más contenido del que hacer misional de la entidad. •La debilidades presentada en el informe de evaluación del 2024, en relación a la aplicación de la encuesta de satisfacción de las PQRSD, que garantice la efectividad de la respuesta para recolectar los resultados en tiempo real, y así generar las alertas o acciones necesarias e inmediatas para el mejoramiento continuo. Aunque se diseñó una estrategia con un link para su diligenciamiento en la carta de respuesta de fondo y definitiva, cuya respuesta en caso que sea diligenciada, llegará directamente a la Dependencia, su implementación empezará en la vigencia 2025. Para el primer semestre de 2025, a pesar de los avances, se mantiene la debilidad en el requerimiento 15.4, relacionado con la evaluación periódica de la efectividad de los canales de comunicación externa y sus contenidos. La medición de satisfacción de la comunicación externa en 2024 no alcanzó la meta establecida (95%), obteniendo un resultado de 68%, lo que representa una disminución respecto al año anterior. Esta situación se atribuye a la baja participación en las encuestas y a la limitada presencia institucional en medios de comunicación. También persiste la debilidad en el requerimiento 15.6, sobre el análisis periódico de la percepción de los usuarios, especialmente en relación con las PQRSD. Aunque se diseñó una estrategia para incluir un enlace de encuesta en las respuestas definitivas, su implementación comenzó en 2025, por lo que aún no se cuenta con resultados que permitan evaluar su impacto. El resultado de esta evaluación deberá ser incluido en el informe de seguimiento del segundo semestre de 2025, como evidencia del avance en el fortalecimiento de los canales de comunicación y la incorporación de mejoras basadas en la percepción de los usuarios.	**0%**
Monitoreo	**Si**	**100%**	**Fortalezas:** • El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por la Oficina de Control Interno y hace seguimiento a su ejecución. • La Alta Dirección evalúa los resultados de las evaluaciones independientes para determinar la efectividad del Sistema de Control Interno. • La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes que permiten verificar el diseño y funcionamiento de los controles establecidos y definir su efectividad frente a la materialización de riesgos. • Según el esquema de líneas de defensa, se implementan procedimientos de monitoreo como parte de las actividades de la segunda línea, generando información clave para la toma de decisiones. • Se han realizado evaluaciones externas por organismos de control, certificadores y entidades de vigilancia, lo que proporciona una visión independiente de las operaciones. • La información derivada de las evaluaciones independientes se analiza para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno y su impacto en el logro de los objetivos, definiendo los cursos de acción necesarios. • Los informes de entes externos se consolidan para evaluar su impacto en el Sistema de Control Interno y determinar acciones correctivas. • La Entidad cuenta con políticas claras sobre la comunicación de deficiencias de control interno y la Alta Dirección da seguimiento a las acciones correctivas, verificando su cumplimiento en los plazos establecidos. • Los procesos y servicios tercerizados son evaluados en función de su nivel de riesgo. • Se considera la información proveniente de usuarios (Sistema PQRSD) y otras partes interesadas para la mejora continua del Sistema de Control Interno. • Se verifica el avance y cumplimiento de los planes de mejoramiento derivados de las autoevaluaciones de la segunda línea y de las auditorías internas y externas de la tercera línea. • Las deficiencias de control interno se reportan a los responsables jerárquicos superiores para la adopción de las acciones correspondientes.	**100%**	**Fortalezas:** •El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno y hace el seguimiento a su ejecución. •La Alta Dirección evalúa los resultados de las evaluaciones independientes para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno. •La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos. •Según el esquema de líneas de defensa, se han implementado procedimientos de monitoreo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones. •En la entidad se han realizado evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, u otros, permitiendo tener una mirada independiente de las operaciones. •A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora. •Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción. •La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo. •La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido. •Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos. •Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad. •Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones (2ª Línea). •Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos (3ª Línea). •Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes. Durante el primer semestre de 2025, la Contraloría Distrital de Medellín ha mantenido un entorno de control sólido, evidenciado por la implementación efectiva de mecanismos de supervisión, evaluación y mejora continua del Sistema de Control Interno. No se presentaron recomendaciones en esta evaluación, lo que indica que los aspectos críticos del componente se encuentran presentes, funcionando correctamente y con seguimiento activo por parte de la Alta Dirección y las líneas de defensa. **Entre las fortalezas destacadas se encuentran:** La aprobación y seguimiento al Plan Anual de Auditoría por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. La evaluación periódica de los resultados de auditorías internas y externas, con análisis de impacto en el Sistema de Control Interno. La existencia de procedimientos de monitoreo por parte de la segunda línea de defensa, que aportan información clave para la toma de decisiones. La consolidación de informes de entes externos y su uso para definir cursos de acción correctivos. La existencia de políticas claras para el reporte de deficiencias, y el seguimiento a las acciones correctivas por parte de la Alta Dirección. La evaluación de procesos y servicios tercerizados según su nivel de riesgo. La verificación del avance de los planes de mejoramiento derivados de autoevaluaciones y auditorías internas y externas.	**0%**