Bogotá D.C, viernes 27 de junio de 2025

PARA: Anggie Lorena Ramírez Gamboa
Jefe Oficina Asesora de Planeación

DE: Angélica Hernández Rodríguez
, Oficina de Control Interno

ASUNTO: Entrega Informe Final Auditoria Proceso Gestión de Mejora 2025

Respetada Anggie Lorena:

La Oficina de Control Interno en el rol de evaluación y seguimiento, hace entrega del Informe de Auditoría Interna al Proceso de Gestión de Mejora, resaltando que el informe preliminar se socializó en reunión de cierre el 24 de junio de 2025 y se recibió respuesta por parte del equipo auditado el 26 de junio de 2025 (Radicado Orfeo 20251200063373).

Respecto a las conclusiones de la auditoría, se recomienda realizar la divulgación del informe y elaborar el plan de mejoramiento de acuerdo con los procedimientos vigentes. Cabe señalar que en caso de requerir la Oficina de Control Interno puede realizar asesoría metodológica para formular el plan de mejoramiento.

De conformidad con lo establecido en la Ley 1712 de 2014, Arts. 9, lit d) y 11, lit e), el informe en mención será publicado en la página web institucional, sección transparencia – Informes de Control Interno.

Cordialmente,

Angélica Hernández Rodríguez
Jefe Oficina Control Interno.

c/c. Blanca Andrea Sánchez Duarte – Directora General
Iván Darío Morales Caicedo - Subdirector para la Gestión del Centro de Bogotá
Daniela Jiménez Quiroga – Subdirectora Artístico y Cultural
Liliana Hernández – Subdirectora Gestión Corporativa
Jairo Riaga Acuña – Jefe Oficina Jurídica
*Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Raúl Andrés Gutiérrez Sánchez – Jefe Oficina Control Interno Disciplinario

**Documento 20251100063893 firmado electrónicamente por:**
**Angélica Hernández** Oficina de Control Interno

**Rodríguez** Fecha firma: 27-06-2025 16:13:10

Fecha firma: 27-06-2025 16:13:10

**Aprobó:** Maria Janneth Romero - Contratista - Oficina de Control Interno

2eb2b517c6570d09c5a8e160d6e62c61d2dc651cfef799b381f6a90026ea95fb

Codigo de Verificación CV: 2fb3b

| | |
|---|---|
| **INFORME DE AUDITORÍA** | *20251100063923*<br>Radicado: **20251100063923**<br>Fecha: 27-06-2025 |

| FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME | Día: | 27 | Mes: | 06 | Año: | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| **Proceso:** | GESTION DE MEJORA |
| **Líder de Proceso / Responsable Operativo Auditado:** | ANGGIE LORENA RAMÍREZ GAMBOA – Jefe Oficina Asesora de Planeación |
| **Objetivo de la Auditoría:** | Verificar el diseño y ejecución de los controles que garantizan el cumplimiento de los requisitos internos y externos asociados a la gestión del Proceso Gestión de Mejora e identificar oportunidades de mejora. |
| **Alcance de la Auditoría:** | Actividades realizadas entre el 01/01/2024 y el 28/02/2025 en el marco del proceso estratégico. |
| **Criterios de la Auditoría:** | **EXTERNA:**<br>● Ley 2195 de 2022<br>● Ley 1474 de 2011<br>● Ley 489 de 1998<br>● Ley 87 de 1993<br>● Decreto 807 de 2019<br>● Decreto 2106 de 2019<br>● Decreto 1299 de 2018<br>● Decreto 1499 de 2017<br>● Decreto 648 de 2017<br>● Decreto 1083 de 2015<br>● Decreto 19 de 2012<br>● Decreto 371 de 2010<br>● Decreto 189 de 2020 Alcaldía Mayor de Bogotá<br>● Decreto 572 de 2023 Alcaldía Mayor de Bogotá<br>● Decreto 542 de 2023 Alcaldía Mayor de Bogotá<br>● Decreto 514 de 2006 Alcaldía Mayor de Bogotá<br>● Circular 100-003 de 2024 Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP<br>● Circular 4 de 2023 Alcaldía Mayor de Bogotá<br>● Circular conjunta 006 de 2021 Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá<br>● Directiva de la Alcaldía Mayor de Bogotá 15 de 2015<br>● Acuerdo 878 de 2023 Concejo de Bogotá<br>● Directiva conjunta 5 de 2023<br>● Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión V5 de 2023<br>● Documento Técnico SARLAFT de 2022<br>● Guía Lineamientos para la administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6 de 2022<br>● Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) v1 de 2020<br>● Norma NTC-ISO 31000 de 2015 |

| | |
|---|---|
| **INFORME DE AUDITORÍA** | *20251100063923*<br>Radicado: **20251100063923**<br>Fecha: 27-06-2025 |

| | |
|---|---|
| | **INTERNA:**<br>● Resolución Interna 112 de 2019<br>● Caracterización Gestión de Mejora GM-CA-01 V8<br>● Política de Administración de riesgos GM-PO-01 V5<br>● Política Antisoborno GM-PO-02 V1<br>● Políticas SARLAFT GM-PO-03 V1<br>● Procedimiento Control de documentos del sistema de gestión GM-PD-04 V10<br>● Procedimiento Autoevaluación de la gestión institucional GM-PD-05 V5<br>● Instructivo Diseño y estructura de los documentos del SIG GM-IN-01 V8 |
| | |

| Reunión de Apertura | | | | | | Ejecución de la Auditoría | | | | Reunión de Cierre | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Día** | 28 | **Mes** | 02 | **Año** | 2025 | **Desde** | 03/03/2025<br>D / M / A | **Hasta** | 30/06/2025<br>D / M / A | **Día** | **24** | **Mes** | **06** | **Año** | **2025** |

| Jefe Oficina de Control Interno | Equipo Auditor |
|---|---|
| ANGELICA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ | MARÍA JANNETH ROMERO MARTINEZ<br>LAURA JULIANA FANDIÑO CUBILLOS |

**DESARROLLO DE ACTIVIDADES:**

La Oficina de Control Interno de conformidad con el Plan Anual de Auditorías Internas versión 1 aprobado en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) – Comité Directivo, del 23/12/2024 y su posterior modificación del 23/03/2025 (Versión2), el cual fue aceptado en su totalidad por el equipo auditado incluida su ampliación de plazo hasta junio. El cronograma se desarrolló entre el 03 de febrero y el 30 de junio de 2025, como se presenta a continuación:

En reunión de cierre llevada a cabo el 24 de junio del año en curso, se presentó el informe preliminar de auditoría; frente al cual, el equipo auditado en cabeza del líder de proceso, manifestó que aceptaban 7 de los 8 hallazgos identificados. En la respuesta dada por el proceso a través de radicado 20251200063373 de fecha 26/06/2025, ratifico la no aceptación del hallazgo 4. Una vez evaluada la respuesta del proceso auditado, se elimina el hallazgo No 4 del informe preliminar y se consolida un total de 7 hallazgos. (Ver cuadro resumen de hallazgos informe final).

**FORTALEZAS:**

✓ Cumplimiento de las solicitudes, plazos y entrevistas que programadas por la Oficina de Control Interno.

- ✓ Cumplimiento integral de los criterios que dan cuenta de la implementación MIPG-FURAG en los siguientes aspectos:
  - Comité de Gestión y Desempeño Institucional.
  - Plan Institucional de Capacitación.
  - Comisión de Personal (Ley 909 de 2004).
  - Integridad pública en los procesos de contratación con personas jurídicas.
  - Instancias para la toma de decisiones sobre la implementación de la Política de Gobierno Digital.
  - Adopción del IPv6, avances en la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).
  - Estrategias de ciudades y territorios inteligentes.
  - Licenciamiento de sistemas operativos.
  - Información actualizada en el menú "Atención y servicio a la ciudadanía" y "Participa" de la sede electrónica.
  - Diseño de instrumentos de gestión de la información pública y Estructura para establecer la forma como circula la información a través de la entidad y su efecto en el proceso contable.
- ✓ Se destaca la disposición del equipo de TIC para recibir la retroalimentación realizada por el equipo auditor, frente al resultado de la evaluación de FURAG en los componentes vinculados al proceso y la acogida presentada a varias de las recomendaciones que hizo la OCI para subsanar las situaciones observadas.
- ✓ La implementación de acciones de mejora para subsanar las observaciones identificadas en la auditoría al proceso relacionadas con las encuestas de satisfacción desde el equipo de servicio al ciudadano.
- ✓ Si bien se presentan oportunidades de mejora en algunos temas evaluados, se destaca que se tomaron en cuenta algunas observaciones realizadas en informes y auditorias pasadas, especialmente en el proceso gestión de talento humano
- ✓ Disposición, amabilidad y cordialidad del equipo de la OAP para atender la auditoría.

**OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES:**

De acuerdo con las técnicas de auditoria aplicadas en el desarrollo del presente ejercicio, cuyos procedimientos se fundamentaron en la consulta, observación, inspección, y confirmación, se presentan a continuación los aspectos más relevantes evidenciados por el equipo auditor de conformidad con los criterios evaluados y definidos en la etapa de planeación de la auditoría:

**LIMITACIONES AL EJERCICIO DE AUDITORIA:**

En el desarrollo del ejercicio se presentaron las siguientes limitantes:

- Inoperabilidad del aplicativo Pandora: No fue posible obtener información desde el aplicativo para la evaluación de los Indicadores de Gestión y Planes de Mejoramiento.
- La base de datos de los planes de mejoramiento remitida por la OAP presentó falencias de coherencia, integridad y vigencia de las acciones, la información no coincidía con la evaluación emitida en diciembre de 2024 por la OCI.

Teniendo en cuenta que la información remitida por el proceso el 03/06/2025 a través de correo electrónico, no atendía de manera adecuada la solicitud del 27/05/2025 realizada por el equipo auditor, se evidencia un incumplimiento a los compromisos establecidos en la reunión de apertura del 28/02/2025 y formalizados mediante la carta de representación radicado 20251200027053 del 28/02/2025. Este error en la información generó reproceso en las actividades planeadas, afectando el desarrollo de la auditoría; por lo tanto, se constituye el hallazgo No 1.

## 1. Implementación MIPG-FURAG:

La evaluación de la implementación de MIPG en la Entidad se realiza teniendo en cuenta la medición de desempeño FURAG, el equipo auditor tomó una muestra aleatoria de "criterios" y se evaluó la normatividad vigente frente a estos, teniendo en cuenta los resultados de las auditorías y seguimientos realizados por la OCI en la vigencia 2024, la información publicada en la intranet, página web de la entidad, Orfeo y entrevistas como se presenta a continuación:

**Caracterización de grupos de valor:**

La *Caracterización de Ciudadanía y Grupos de Valo*r FUGA está publicada en la página web (https://fuga.gov.co/participa/caracterizacion-de-usuarios-fuga). Fecha del documento: Octubre de 2024. Última versión Control de Cambios: Versión 4 del 31/10/2024.

En la verificación de las actas de comité de gestión y desempeño se encontró que el documento se aprobó en la sesión del 23/12/2024 radicado Orfeo 20241200123483, con la anotación: *"el documento es una primera versión y que será ajustado en el primer trimestre del año 2025*". Sin embargo, el anexo 4 del radicado es el mismo de la versión publicada con fecha 4 de octubre de 2024, presentando incoherencia en las fechas y versiones.

Frente al cumplimiento de lo establecido en la *Guía de Caracterización de Ciudadanía y grupos de Valor* (Versión 5 de noviembre de 2022) del DAFP se observa:

- ✓ Se incluye la información actualizada de los objetivos estratégicos de la entidad.
- ✓ Se evidencia la identificación y priorización de variables y resultado de la priorización de variables.
- ✓ Se identifican las fuentes de información.
- ✓ Se identifica la gestión adelantada frente a las conclusiones generales, recomendaciones y retos del documento, con lo cual se subsana lo evidenciado en la Auditoría al Proceso de Servicio al Ciudadano 2024.

Sin embargo:

- Si bien se incluyen los objetivos estratégicos, no se identifican las estrategias vinculadas a estos.
- Si bien se mencionan los proyectos de inversión del plan de desarrollo *'Bogotá Camina Segura' 2024-2027*", el análisis se centra en los proyectos del plan de desarrollo UNCSAB 2020-2024.

- Se incluye la referencia a la metodología y fases de caracterización establecidas en la *Guía de Caracterización de ciudadanía y grupos de valor* del DAFP (Versión 5 de noviembre de 2022)[1] Sin embargo, los pasos 1 y 5 se desarrollan de manera genérica, lo cual no permite identificar cómo se aplican y ejecutan.
- El objetivo general se centra en la identificación y priorización de información, no es claro cómo se orienta a fortalecer la relación con la ciudadanía.
- El objetivo específico no establece de manera clara qué resultado se espera alcanzar en términos de políticas o escenarios de relacionamiento con la ciudadanía, conforme señala la guía[2] .
- No se identifican las necesidades de información adicional.
- La información de algunas de las tablas del documento no se encuentra actualizada para la vigencia 2024 (Tabla 6 – resultados de calificación por variable 2023, Tabla 9 – Ciudadanía y grupos de valor que no recogerá información en 2023).
- No se referencian los informes de los proyectos de inversión "*Bogotá Camina Segura*", dentro de las fuentes de información; sólo se incluyen los del Plan de Desarrollo UNCSAB 2020-2024.
- No se evidencia una justificación técnica de las fuentes de información que fueron identificadas en la vigencia 2023 y que en la actualización del 2024 ya no se tuvieron en cuenta[3].
- No se evidencia estrategia de comunicación interna que fortalezca la gestión del conocimiento y resalte el propósito de la caracterización de los grupos de valor, promoviendo su aprendizaje y aplicación en los diferentes procesos de la entidad.
- En la evaluación FURAG se respondió que se utilizó la información de la caracterización de grupos de valor para definir o redefinir sus planes, proyectos o programas; sin embargo, como se evidencia esta se elaboró posterior a la aprobación de los planes y proyectos de inversión.

Conforme las debilidades anteriormente expuestas, se constituye un hallazgo No 2 por cumplimiento parcial de los requisitos establecidos en:

- Las fases de planeación, fuentes de información, desarrollo genérico de la aplicación de los resultados de la caracterización en la toma de decisiones y la comunicación y difusión, señaladas en la Guía de Caracterización de Ciudadanía y grupos de Valor (Versión 5 noviembre de 2022) del DAFP;
- Las dimensiones de Direccionamiento Estratégico y Planeación (2ª.), Evaluación de Resultados (4ª.), Información y Comunicación (5ª.) y Gestión de Conocimiento e Innovación (6ª.);
- Ley 1712 de 2014 artículo 3, relacionado con la obligatoriedad que toda la información publicada por la entidad debe ser oportuna, objetiva, veraz, completa (Principio de calidad de información) y la publicación de información de forma rutinaria y proactiva, actualizada, accesible y comprensible (Principio de divulgación proactiva de la información), debido a las inconsistencias evidenciadas frente a las fechas del documento publicado y la de aprobación del mismo.

[1] https://www1.funcionpublica.gov.co/web/eva/detalle-publicacion?entryId=41834443

[2] Herramienta 1. Instrumento para la identificación de objetivos y alcance de la caracterización: Políticas de relacionamiento con la ciudadanía: Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana, Rendición de Cuentas, Trámites, Transparencia,

[3] Documentos retirados en la nueva actualización: SC-FT-09 Encuesta de satisfacción - aliados FUGA, SC-FT-07 Encuesta de satisfacción público- actividades de formación artística, TC-FT-01 Recolección de datos, TC-FT-02 Reporte de información eventos virtuales, TC-FT-19 Consolidado de asistentes, TC-FT-20 Ficha de eventos, TC-FT-48 Listado de asistentes (En los casos que corresponde

**Plan de Acción Anual Institucional:**

El plan de acción anual institucional 2024 publicado en la página web, identifica:

- ✓ La descripción de las actividades asociadas a las metas de los proyectos de inversión Plan de Desarrollo UNCSAB 2020-2024.
- ✓ Los indicadores tanto para las metas PDD, como para las actividades de los proyectos de inversión.
- ✓ Las partidas presupuestales de gasto e inversión para cada una de las actividades previstas.
- ✓ En algunas de las actividades establecidas se evidencia la incorporación de mecanismos para facilitar y promover la participación de la ciudadanía con enfoque diferencial y de derechos humanos.
- ✓ Asignación de presupuesto para promover la participación ciudadana.

Sin embargo:

- No se evidencia la actualización de los objetivos estratégicos, en articulación con la actualización de la Plataforma Estratégica establecida en la Resolución 165 de 2024.
- No se evidencia la articulación con los proyectos de inversión del plan de desarrollo "*Bogotá Camina Segura*"
- No se identifican los responsables ni los tiempos de la ejecución de las actividades.
- Si bien se identifican recursos financieros y físicos, no se establecen recursos humanos ni tecnológicos.
- Sólo se evidencia la publicación de un seguimiento del Plan de Acción Institucional al corte de mayo de 2024; sin embargo, el *Procedimiento Formulación, seguimiento y evaluación de planes institucionales y estratégicos*, dentro de sus Políticas de Operación establece que el seguimiento a los planes debe realizarse de forma periódica por parte de cada una de las unidades de gestión y líderes de proceso, con el propósito de determinar el grado de avance.
- El Plan Estratégico publicado corresponde a la versión de septiembre de 2023, no se evidencia su actualización en armonización con el nuevo plan de desarrollo distrital "*Bogotá camina segura*"; no obstante, el *Procedimiento Formulación, seguimiento y evaluación de planes institucionales y estratégicos* en la Actividad 2 indica que cada cuatro años, por inicio del Plan de Desarrollo y en el marco de éste, se debe realizar la revisión y actualización de la plataforma estratégica (misión, visión, objetivos estratégicos) y que posterior a la expedición de la Plataforma Estratégica, se debe elaborar el Plan Estratégico Institucional, socializarlo y publicarlo en la página web, teniendo en cuenta que es este plan el que sirve de insumo para la elaboración de los demás planes institucionales, de acuerdo a lo señalado por el mismo procedimiento referenciado.

La evaluación FURAG que respondió la Entidad para la vigencia 2024 no es coherente con las debilidades expuestas; por lo tanto, se constituye el hallazgo No 3.

**Comité de Gestión y Desempeño Institucional:**

La Fuga cuenta con la Resolución 112 de 2019 *"Por el cual se modifica y reglamenta el comité Institucional de Gestión y desempeño MIPG de la Fundación Gilberto álzate Avendaño y se dictan otras disposiciones*". Se encuentra ubicada en la página web link https://fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-

publica/normativa/normograma?field_calificacion_de_la_norma_target_id=90&field_fecha_de_emision_value=All.

En el acto administrativo se identificó:

- ✓ Modificó el comité Institucional de Gestión y Desempeño.
- ✓ El Comité Operativo Integral cuenta con los siguientes comités técnicos: Comité Interno De Archivo, Comité De Control Financiero, Comité De Gestión Ambiental, Comité Coordinador De Teletrabajo, Comité De Incentivos Y Bienestar Social y Comité De Bienes E Inventarios.
- ✓ El acto administrativo define los temas que se deben tratar en el Comité de Dirección para la toma de decisiones de la Entidad, así como los comités a desarrollar y tienen relación directa con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG.
- ✓ Se establece que las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional de Seguridad Digital, servicio al ciudadano y Transparencia; Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción serán implementadas por el proceso de Gestión de Tecnología, Atención al Ciudadano y Gestión Estratégica respectivamente, Subdirección de Gestión Corporativa y la Oficina Asesora de Planeación.

**Plan Estratégico de Talento Humano:**

El plan estratégico de talento humano fue publicado en el portal web de la entidad https://fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/peth?field_fecha_de_emision_value=All&term_node_tid_depth=284. La Versión 1 fue aprobada en Comité Directivo del 31 de enero, la V2 el 29 de marzo, la V3 el 26 de junio y la V4 el 30 de mayo de 2024.

- ✓ Para la elaboración del plan estratégico de talento humano se implementó la planeación estratégica definida para la vigencia.
- ✓ En plan incluye los planes establecidos en el Decreto 612 de 2018 planes institucionales de capacitación, plan de bienestar e incentivos, plan de Seguridad y Salud en el Trabajo y Plan de Vacantes y Previsión de Recursos Humanos.
- ✓ El plan estratégico de talento humano de la vigencia 2024 cumple con las directrices definidas en la Guía para la Formulación y Seguimiento a Planes Institucionales y Estratégicos en aspectos tales como la definición de objetivos generales y específicos, marco legal general, diagnostico, actividades definidas para cada plan y su programación dentro de la vigencia.
- ✓ El plan establece las actividades a ejecutar durante la vigencia respectiva, definiendo metas, indicadores, recursos, y fechas de inicio y finalización.
- ✓ Se da cumplimiento al Decreto 2011 de 2017 que establece que la cuota de vinculación de personas en condición de discapacidad hasta antes del 2027 es el 3% de la planta total; en este caso la planta de la FUGA es de 32 funcionarios, por lo cual el 3% seria 1 funcionario, que actualmente se encuentra vinculado por carrera administrativa en el nivel asistencial como Operario (Subdirección Corporativa).
- ✓ Se identificó en el diagnóstico de necesidades del Plan Estratégico de Talento Humano 2023 – 2024 la caracterización de los empleos, los perfiles y las funciones de estos (de acuerdo con los actos administrativos de creación o modificación de planta de personal).

El equipo de Talento Humano en entrevista del 3 de junio de 2025 indicó que en el 2024 se realizó la encuesta de caracterización Fuga en la cual se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: pre pensión, nivel académico, Tipo de Vinculación, vivienda, localidad, estrato, medio de transporte utilizado para movilizarse a su sitio de trabajo, orientación sexual, estado civil, núcleo familiar, hijos, es cuidador-a de personas en condición de discapacidad, Es padre o madre cabeza de familia, condición de discapacidad, perteneciente de alguna comunidades, fuero y preguntas de salud. No se encuentra publicada en Orfeo y en lo que va corrido del 2025 no se ha realizado, pues se tiene previsto que sea de manera obligatoria.

De la misma forma señaló que, en el Plan Estratégico de Talento Humano 2025 – 2027 Plan Institucional de Capacitación se programó la actividad Caracterización de ciudadanía y grupos de valor https://fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/peth?field_fecha_de_emision_value=All&term_node_tid_depth=284

Lo anterior, en virtud de la necesidad de actualizar la caracterización de los servidores públicos y contratistas con datos desagregados por identidad de género de aspectos como la edad, pertenencia étnica o racial, situación socioeconómica, grado de escolaridad, discapacidad, cuidadoras, orientación sexual, ubicación geográfica -urbano/rural-, lugar de origen, tipo de contratación, nivel y grado.

- No se evidencia el cumplimiento del Decreto 2365 de 2019 y la Ley 2214 de 2022, específicamente frente al Ingreso al empleo público de jóvenes entre 18 y 28 años.

| Entidad | Nivel jerárquico | Naturaleza del empleo | Denominación del empleo | Forma de provisión | Grupo etario | Grupo étnico | Sexo | Discapacidad | Cargos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fundación Gilberto Álzate Avendaño - FUGA | Asistencial | Carrera Administrativa | OPERARIO | Provisional vacancia temporal | b. Entre 18 y 28 años. | | Hombre | Física | 1 |
| Fundación Gilberto Álzate Avendaño - FUGA | Técnico | Carrera Administrativa | TECNICO OPERATIVO | Titular | b. Entre 18 y 28 años. | | Mujer | | 1 |

Fuente: DASC - Información reportada en Tablero de Control Empleo Público Bogotá al corte de agosto de 2024. https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/3cb6a9ed-7a5a-4c34-b986-df0e34416ffd/resource/d2afaf5e-9dcc-4e16-b310-81ede4e3fc62/download/servidores-2024-08.csv

Como se observa en el reporte hecho al DASC con corte agosto de 2024, la entidad tiene dos personas entre los 18 y los 28, los dos de carrera administrativa, uno asistencial operario provisional que tiene discapacidad y una técnica operativa titular, según la normatividad vigente debería tener mínimo 3. Conforme lo anterior, **se genera una alerta a la Entidad por posible incumplimiento normativo de lo dispuesto en el Decreto 2365 de 2019 y Ley 2214 de 2022** que establece el ingreso al empleo público de jóvenes entre 18 y 28 años.

Adicionalmente, la evaluación FURAG que respondió la Entidad para la vigencia 2024 no es coherente con esta falencia identificada; por lo tanto, se constituye el hallazgo No 3.

**<u>Actualización de las plantas globales de empleo (Decreto 1800 de 2019):</u>**

En observancia de la normativa la Entidad realizó las siguientes actividades en virtud de la actualización de plantas de empleo:

- ✓ Se presentó al comité directivo del 21 de marzo de 2024, Radicado 20241200050663, el estudio de cargas laborales elaborado el 2023, en el cual se analizaron los perfiles, las funciones y las cargas de trabajo de los empleos que se requerían para el cumplimiento de las metas y la realidad Institucional.
- ✓ Se determinó bajo la metodología del DASCD el volumen de trabajo de las dependencias de la Entidad.
- ✓ Se identificaron los cargos a priorizar que no podían ser realizados por contratistas.
- ✓ En cada etapa contractual la Oficina Jurídica establecer los objetos de los contratos de prestación de servicios, teniendo en cuenta la necesidad del servicio de cada área.
- ✓ Para el primer semestre del 2024 se realizó informe sobre el retiro de servidores públicos y se presentaron las vacancias generadas. Radicado 20242800057623.

En la evaluación FURAG la Entidad respondió que se realizó rediseño en la vigencia 2023; sin embargo, no se encuentran evidencias objetivas de la formalización de este. En entrevista del 3 de junio de 2025 el equipo de talento humano manifestó que desde el 2022 no se ha actualizado la planta global de empleo; por lo tanto, la evaluación FURAG de este ítem no es coherente con lo anteriormente expuesto; por lo tanto, se constituye el hallazgo No 3.

**<u>Nivel de avance de personas vinculadas en el SIGEP:</u>**

De la consulta realizada a la información del *Directorio de servidores públicos y contratistas* en la página de SIGEP II (https://www1.funcionpublica.gov.co/web/sigep2/directorio), se evidencia que solo un funcionario se encuentra registrado (Jefe de la Oficina de Control Interno).

Conforme lo anterior, **se presenta una alerta por posible incumplimiento normativo de lo dispuesto en el artículo 2.2.5.1.9 del Decreto 1083 de 2015 que establece la obligatoriedad de registrar y mantener actualizada la información tanto de declaración de renta como de hoja de vida de los servidores públicos a través del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP**, la OCI hará la evaluación específica de este criterio en el seguimiento programado en Agosto de 2025.

La evaluación FURAG que respondió la Entidad para la vigencia 2024 no es coherente con lo anteriormente expuesto; por lo tanto, se constituye el hallazgo No 3.

**<u>Inducción para servidores nuevos:</u>**

En la serie *Historias Laborales* de Orfeo, se observa la vinculación de 8 funcionarios de planta. De la verificación realizada a los expedientes y el resultado de los informes de Cumplimiento de Medidas de Austeridad y Derechos de Autor, se evidencia:

✓ Todos los expedientes incluyen el acta de inducción.
✓ 5 de las inducciones realizadas se llevaron a cabo dentro del siguiente mes del ingreso a la entidad.

Sin embargo:

- Para 2 funcionarios, la inducción se realizó dentro de las jornadas de inducción y reinducción masivas, tres meses después de la firma del acta de posesión (Subdirector de Gestión Corporativa y Tesorera) y un funcionario en la misma jornada, dos meses después de su vinculación (Subdirector de Gestión para el Centro); sin embargo, el *Procedimiento Vinculación* TH-PD-01 en la Actividad 12 señala que la inducción será aplicada una vez se realice un nuevo nombramiento.
- En la historia laboral de la Subdirectora de Gestión Corporativa actual, se restringe el acceso al Acta de Inducción (20242800099603); no obstante, el *Procedimiento Vinculación* TH-PD-01 en la Actividad 12 se establece que el acta se debe archivar en la historia laboral del servidor, sin restricción de acceso.

**Cargos de Gerencia Pública:**

Al corte de diciembre de 2024 se identifican 5 cargos de gerencia pública correspondientes a 3 Subdirectores y 2 Jefes de Oficina (Decreto 1083 de 2015 y Ley 909 de 2024).

De la verificación realizada a los expedientes de las historias laborales se evidencia que durante el periodo se realizó cambio del jefe de la Oficina Asesora de Planeación y del Subdirector de Gestión Corporativa por renuncia de los primeros gerentes posicionados, para una evaluación total de 7 expedientes; observándose:

- Gerentes públicos con acuerdos de gestión suscritos: Sólo se evidencia la concertación de los acuerdos de gestión iniciales para la vigencia 2024, de la Jefe de la Oficina de Planeación en propiedad desde julio del 2023 hasta octubre del 2024; sin embargo, el *Procedimiento de Permanencia de Servidores* TH-PD-07 establece en la Actividad 7 que una vez se concerten los compromisos o acuerdos de gestión se deberá dejar a través de Orfeo copia de los mismos en la historia laboral.

  Conforme lo anterior, se verifica el documento de concertación (20241200021173), donde se observa la formulación 5 compromisos laborales, uno de los cuales no es medible[4] y está vinculado directamente con las funciones establecidas en el Manual de Funciones[5].

[4] Acuerdo 6176 de 2018 de la CNSC: Anexo Técnico: III. Fases del Proceso de Evaluación del Desempeño Laboral. Compromisos Funcionales: "*… se precisa que los compromisos tienen que ser medibles y realizables*". Compromiso 1: "*Contribuir con la elaboración, consolidación y envío del Documento de Anteproyecto de Presupuesto para la vigencia 2025, de acuerdo con los lineamientos de la SDH y SDP*" (Subrayado fuera de texto)

[5] Manual de Funciones Nivel Asesor Código 115 Grado 01. "*Asesorar en la elaboración y consolidación del anteproyecto y proyecto de presupuesto anual de gastos de funcionamiento e inversión, con base en la información reportada por las dependencias de la entidad, en concordancia con el plan estratégico y siguiendo los lineamientos y parámetros fijados por la Secretaría Distrital de Hacienda*"

- Gerentes públicos con acuerdos de gestión evaluados: Solo se evidencia en los expedientes verificados, dos gerentes públicos con evaluación de los acuerdos, los cuales corresponden a los funcionarios retirados durante la vigencia (Subdirector de Gestión Corporativa - 20242800090513 y Jefe de la Oficina Asesora de Planeación - 20241200083023); no obstante, el *Procedimiento de Permanencia de Servidores* TH-PD-07 en la Actividad 8 indica que copia del resultado de la evaluación parcial y definitiva del desempeño debe ser incluida en la historial laboral del servidor.

**Acuerdos de gestión suscritos con los gerentes públicos concertados y formalizados:**

De la verificación realizada a los expedientes de *Historias Labores* en Orfeo se evidencia;

- De los 5 gerentes públicos que ingresaron en el 2024, ninguno incluye en su expediente laboral la concertación del acuerdo de gestión tal como lo establece la TRD del proceso de Gestión de Talento Humano, por lo que no es posible evaluar si su concertación y formalización se realizó dentro de los 4 meses siguientes a su posesión (Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.13.1.9).

**Análisis resultados Evaluación del Desempeño Laboral y Acuerdos de Gestión:**

Se verifica en el expediente de Actas del Comité Directivo vigencia 2024, la presentación del informe anual de los resultados de las evaluaciones 2023[6], observándose:

✓ Presentación ante el Comité Directivo: Acta No. 5 del 31/05/2024 (20241200058723) Numeral 15. Informe de resultados de la aplicación de la evaluación del desempeño laboral funcionarios FUGA del periodo 2023 2024.
✓ Presentación a la Subdirección de Gestión Corporativa: Radicado 20242800049493 incluido en el expediente 202428005001600001E Plan estratégico de talento humano – PETH – 2024 de fecha 20/05/2024.
✓ Presentación a la Comisión de Personal: Radicado 20242800052743 de fecha 29/05/2024 (Expediente 202428000200200001E Acta de la Comisión de Personal - 2024. Numeral 4. Presentación de informe EDL periodo 2023-2024.

Con lo cual se da cumplimiento a la presentación y análisis de resultados de la evaluación de desempeño laboral y a los acuerdos de gestión correspondiente a los resultados 2023, realizada en el 2024.

Frente a la evaluación 2024, teniendo en cuenta los plazos para presentar la evaluación el 23/08/2024 (1er. semestre 2024) y 21/02/2025 (2º. Semestre 2024), se validó de manera aleatoria el cumplimiento de dichos plazos del primer semestre en los siguientes empleos:

| Tipo Vinculación | Nivel | Área/Empleo | Fecha de evaluación | Orfeo | Observaciones OCI |
|---|---|---|---|---|---|

[6] Procedimiento de permanencia de servidores Actividad 8. Evaluar el desempeño laboral: "…El Profesional Especializado de Talento Humano realiza un Informe anual de los resultados de todas las evaluaciones de la vigencia anterior, el cual, presenta a la Subdirección de Gestión Corporativa, Comisión de Personal y al Comité Directivo para su conocimiento y toma de decisiones"

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Carrera Administrativa | Asistencial | Dirección General / Auxiliar Administrativo 407 - 05 | Sin información | Sin información | No se evidencia en el expediente de la HV 201728003000100025E el cargue de la evaluación del 1er semestre 2024, conforme se establece en la TRD del proceso Gestión de Talento Humano. |
| Carrera Administrativa | Técnico | Subdirección Artística y Cultural / Técnico Operativo 314 - 02 | 26/08/2024 | 20243000083343 | El radicado corresponde al pantallazo de cargue en la plataforma de la CNSC. No se incluyen las evidencias que soportan la gestión. |
| Carrera Administrativa | Profesional | Oficina Asesora de Planeación / Profesional Universitario 219 - 02 | Sin información | Sin información | No se evidencia en el expediente de la HV 201728003000100037E el cargue de la evaluación del 1er semestre 2024, conforme se establece en la TRD del proceso Gestión de Talento Humano. |
| Libre Nombramiento y Remoción | Gerentes Públicos | Subdirección Artística y Cultural / Subdirector Técnico 068 – 03 / Directivo | Sin información | Sin información | No se evidencia en el expediente de la HV 202228003000100005E el cargue de la evaluación del 1er semestre 2024, conforme se establece en la TRD del proceso Gestión de Talento Humano. |
| Libre Nombramiento y Remoción | No Gerentes Públicos | Subdirección de Gestión Corporativa / Tesorero General 201 – 07 | Sin información | Sin información | No se evidencia en el expediente de la HV 202028003000100006E el cargue de la evaluación del 1er semestre 2024, conforme se establece en la TRD del proceso Gestión de Talento Humano. |

Conforme lo anterior, se observa que no se da cumplimiento integral a la actividad 8 del Procedimiento de Permanencia de Servidores TH-PD-07.

**<u>Plan Institucional de Capacitación 2024:</u>**

El plan estratégico de talento humano fue publicado en el portal web de la entidad https://fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/peth?field_fecha_de_emision_value=All&term_node_tid_depth=284

Hacen parte de este plan, los planes institucionales de capacitación, plan de bienestar e incentivos, plan de Seguridad y Salud en el Trabajo y Plan de Vacantes y Previsión de Recursos Humanos.

El artículo 2.2.9.1 del Decreto 1083 de 2015 establece que *"Los planes de capacitación de las entidades públicas deben responder a estudios técnicos que identifiquen necesidades y requerimientos de las áreas de trabajo y de los empleados, para desarrollar los planes anuales institucionales y las competencias laborales."*

- ✓ En el marco de la Política de Empleo Público y la Gestión Estratégica del Talento Humano, se consolidan los modelos de gestión, físicos y financieros que dan respuesta eficaz a las necesidades de la ciudadanía y en cumplimiento de los ejes temáticos priorizados Plan Nacional de Formación y Capacitación 2020 – 2030.
- ✓ El Plan Institucional de Capacitación- PIC Radicado 20241200058713 fue presentado en el comité Directivo del 19 de enero de 2024. Se realizó modificación en sesiones de marzo y abril del 2024. Expediente 202410000200800001E.
- ✓ En la estructura del plan se evidencia la definición de un objetivo principal, un Objetivo estratégico asociados - Plan Estratégico Institucional, y un cronograma de actividades. El plan constaba de 21 actividades que fueron ejecutadas en el término establecido:

  - Capacitación en temas de evaluación del desempeño.
  - Publicación anual de invitación a participar en curso retos de innovación de la plataforma Aula del Saber Distrital y otra plataforma pública.
  - Publicación anual de la oferta para participar en programa de "Bilingüismo".
  - Inducción y Reinducción.
  - Capacitación en el medio de control de repetición para los servidores de la Oficina Jurídica.
  - Capacitación sobre los actos de corrupción, existencia de inhabilidades, incompatibilidades o conflicto de intereses al interior de la FUGA.
  - Capacitación en riesgo público y de tránsito.
  - Capacitación en riesgos del trabajo en alturas para supervisores y personal administrativo.
  - Capacitación en emergencias, primeros auxilios, evacuación, incendios y explosión, seguridad vial y atención a víctimas.
  - Convocatoria a participar en los talleres de origen público-privado asociados a la redistribución de las responsabilidades del cuidado no remunerado y las tareas domésticas.
  - Convocatoria a realizar curso virtual de transversalización del enfoque de género y conceptos básicos del trazador presupuestal ofertado por la Secretaria Distrital de la Mujer.
  - Taller en lengua de señas dirigido a los servidores públicos de todos los niveles.
  - Capacitación en lengua de señas para el grupo de atención al ciudadano.
  - Capacitación en temas lactantes, en los términos de la Resolución 2423 de 2018 para servidoras embarazadas y/o lactantes.

- Socialización de la Ley 2191 de 2022 con los funcionarios de la FUGA por medio de una pieza comunicativa.
- Actividad pedagógica para la prevención de prácticas de acoso laboral y sexual y los medios de protección con las que cuentan para la denuncia de estas situaciones
- Sensibilización a la comunidad institucional relacionada con la no discriminación por razones de sexo, edad, raza, afinidad política, sindical o religiosa, entre otras, con el fin de mitigar el riesgo de estigmatización al interior y exterior de la entidad.
- Capacitación enfocada a generar herramientas para la mitigación del riesgo psicosocial.
- Sensibilización de la importancia de la rendición de cuentas y la participación ciudadana dirigida a funcionarios, contratistas de la FUGA (cultura de la rendición de cuentas).
- Capacitación en Riesgo Biomecánico.
- Capacitación en principios sindicales y el derecho a la libre asociación.

**Medición del clima organizacional:**

- ✓ La medición del clima organizacional se encuentra sujeta a las actividades de alto impacto que demuestran nivel de efectividad en el desarrollo de sus objetivos, es decir, la calidad de la divulgación realizada, la claridad y precisión en la presentación de la información.
- ✓ En cumplimiento de la normatividad que indica *"Medir el clima laboral, por lo menos cada dos años*". en septiembre de 2023 se llevó a cabo la medición de la cultura organizacional con el DASCD, Radicado 20252800028913, con la participación de grupo focales de todas las áreas.
- ✓ Se adelantó la medición de clima organizacional, sin embargo, la Entidad no realiza en el mismo año dos mediciones, y el DASCD para el 2024 realizó la de clima organizacional. Los soportes no los ha entregado, se hizo la aplicación y los resultados están pendientes de entrega.

El equipo de Talento Humano en entrevista del 3 de junio de 2025 indicó que previo a la elaboración del PETH y de los Planes que lo componen, se elabora un documento de diagnóstico de necesidades que tiene como finalidad incorporar los resultados que obtuvo la Fuga de la medición del clima organizacional realizado por el Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital. Estos resultados fortalecen los aspectos de la cultura organizacional y las metas de la entidad. Radicado 20242800116263.

Así mismo manifestó que, con los resultados no se implementan mejoras, ya que lo que se hace es establecer en el documento de diagnóstico de necesidades, según las conclusiones y recomendaciones que obtuvo la Fuga, todas las situaciones que se deben tener en cuenta en la elaboración del PETH frente a la programación de actividades, la medición del clima organizacional y el análisis de la cultura organizacional.

**Salas amigas de la familia lactante (Ley 1823 de 2017):**

- ✓ Se implementó la estrategia Salas Amigas De La Familia Lactante a través de la oficina de Talento Humano.
- ✓ Mediante correo electrónico de 30 de noviembre de 2024 se socializó con los contratistas y funcionarios de la Entidad, los lineamientos para la utilización de la Sala Amiga de la Familia Lactante.

- ✓ La sala de bienestar que se encuentra en el sótano de la casa amarilla es el espacio físico en el cual las madres pueden lactar y extraer la leche.
- ✓ Para la vigencia evaluada la Fuga contaba con dos madres lactantes, las cuales fueron informadas sobre los lineamientos para la extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna.

El equipo de talento humano en entrevista del 3 de junio de 2025 manifestó que, en 2024 no se hizo uso de la sala de lactancia. Una de las madres lactantes tiene trabajo "autónomo" y la otra es contratista. Se realizó socialización sobre los lineamientos del uso de la sala y la importancia de la lactancia materna por los canales internos. No hubo necesidad de designar a una persona para la implementación de la sala por lo mencionado anteriormente.

**Comisión de Personal (Ley 909 de 2004):**

- ✓ La comisión de Personal está conformada por dos representantes de la Entidad y dos representantes de los empleados de carrera administrativa, quienes son elegidos por votación directa de los empleados.
- ✓ La Resolución No. 126 de *2022 "Por la cual se conforma la Comisión de Personal de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño para el periodo 2022-2024".* La comisión de personal tendrá vigencia de dos (2) años desde el 14 de agosto de 2022 hasta el 13 de agosto de 2024 Radicado 20222000001265.
- ✓ Resolución Interna No. 119 de 2024 "Por la cual se conforma la Comisión de Personal de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño para el periodo 2024-2026"la comisión de personal para el período 2024-2026, tendrá vigencia desde el 14 de agosto de 2024 hasta el 13 de agosto de 2026. Radicado 20242000001195 Expediente 202428000200200001E.
- ✓ Por medio de la Circular Interna No. 11 de 2022 y 14 de 2024 para la vigencia respectiva, se convocó a los servidores públicos de carrera administrativa a participar en la elección de los representantes de los empleados en la Comisión del Personal para el periodo 2024–2026.
- ✓ Se realizaron 12 comités en la vigencia 2024.

**Política de integridad pública desde la planeación institucional:**

En intranet se encuentra el enlace de ética http://intranet.fuga.gov.co/gestion-etica y http://intranet.fuga.gov.co/politica-integridad. Por medio de la Resolución 61 de 2018 por la cual se adopta el código de integridad de la Fuga.

Así mismo, la Promoción y divulgación del Programa de Transparencia y Ética Pública 2024 está publicado en la página web institucional en el link https://fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/plan-anticorrupcion:

- ✓ En boletín del 26 de junio de 2024 se divulgó el código de integridad en la comunidad institucional. Radicado 20242800059263.
- ✓ En cumplimiento del Programa de Transparencia y Ética Pública, Componente 7: Promoción De La Integridad Y La Ética Pública, los gestores de integridad realizaron el informe sobre el proceso de apropiación e impacto del Código de Integridad, según las encuestas aplicadas a los servidores y los insumos del reporte de evaluación de impacto y efectividad. Radicado 20242800098413.

- ✓ La oficina de Control Interno realizó seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP- (antiguo plan anticorrupción y atención al ciudadano), en el cual se evidenció que, para el Componente 7 se cumplieron con las 12 actividades programadas.
- ✓ Se realizaron actividades de sensibilización del código de Ética de la Entidad y se evaluó la guía de conflicto de interés y Ley 2013 de 2019.
- ✓ Los mecanismos, procedimientos o instrumentos de gestión implementados en el último año para el desarrollo de la cultura de integridad en la FUGA, se realizaron mediante el programa de transparencia, campañas e información enviada por correo electrónico, intranet y piezas informativas. Se divulgó el código de integridad en junio en la inducción y socialización sobre posibles conflictos de intereses.
- ✓ Se elaboró diagnóstico del estado de la política de integridad pública en la FUGA mediante encuesta socializada y posteriormente se realizó informe con los resultados. Igualmente, el diagnosticó se implementó con la formulación del componente 7 dentro del programa de Transparencia. Sin embargo, no se evidencia una herramienta propia de diagnóstico.
- ✓ Se evalúan y controlan las acciones de implementación y desarrollo de la estrategia de integridad mediante la actividad “Aplicar un instrumento de evaluación sobre la adopción de los valores del código de integridad” del Programa De Transparencia componente 7, la cual se definió para cumplimiento en octubre.
- ✓ La apropiación del código de integridad en la FUGA se evalúa mediante una encuesta y mediante la implementación de los componentes desarrollados en el Programa de Transparencia.
- ✓ Las acciones de prevención frente a situaciones contrarias a la integridad y valores que se han implementado en 2024 son: divulgación del código de integridad, evaluación y adopción de los valores en la Entidad y del servido publicó, socialización de guía, semana de inducción y tener visible el canal de denuncia por posibles actos de corrupción.
- ✓ Los mecanismos que tiene la Fuga para la identificación y declaración de conflictos de interés se identifican en el proceso de vinculación de funcionarios y contratistas, en el diligenciamiento del formato de conflicto de intereses en SIDEAP y el Acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información TH-FT-29. Anualmente se realiza socialización y sensibilización sobre la guía de conflicto de interés.

Sin embargo, no se evidencia para la vigencia 2024:

- No se evidencia el autodiagnóstico del estado de los elementos de la de política de integridad pública.
- No se evidencia el cumplimiento del Decreto 830 de 2021, Identificar a los servidores públicos como Personas Expuestas Políticamente – PEP, situación que ya había sido expuesta por la OCI en el informe de Verificación Implementación del Sistema de Información del Empleo Público – SIDEAP 2024 20241100084613, en el cual se recomendó:

> *“Teniendo en cuenta lo reportado por el Proceso de Gestión de Talento Humano frente al cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 830 de 2021 “Por el cual se modifican y adicionan algunos artículos al Decreto 1081 de 2015, Único Reglamentario del Sector Presidencia de la República, en lo relacionado con el régimen de las Personas Expuestas Políticamente (PEP)", y considerando lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 2 del mismo, se recomienda revisar el alcance de la norma, dar cumplimiento a la misma y de considerarlo pertinente, solicitar un concepto técnico y especifico frente a su aplicabilidad en la FUGA.”*

El equipo de Talento Humano en entrevista del 3 de junio de 2025 manifestó que la Fuga no cuenta con personas políticamente expuestas, por lo tanto, no es procedente la solicitud del concepto.

Se reitera la necesidad de solicitar un concepto técnico y especifico frente a su aplicabilidad en la FUGA para poder dar cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 830 de 2021 identificado y gestionado la información en el SIGEP, de los servidores y/o contratistas que cumplen con la condición de Personas Expuestas Políticamente.

La evaluación FURAG que respondió la Entidad para la vigencia 2024 no es coherente con lo anteriormente expuesto; por lo tanto, se constituye el hallazgo No 3.

**Integridad pública en los procesos de contratación con personas jurídicas:**

- ✓ Para la contratación con una persona jurídica se revisan los documentos requeridos, como los antecedentes, el Certificado de Existencia y Representación los teniendo en cuenta el tipo de contrato.
- ✓ Para la capacidad de contratación de la persona jurídica se revisa que no esté incursa en inhabilidades o incompatibilidades que impidan la celebración del contrato.
- ✓ Se revisa que la persona jurídica cuenta con las habilitaciones que requiere y cumpla con la normativa que le es aplicable según el tipo de contratación.
- ✓ Revisión de constitución de las personas jurídicas y de sus representantes legales para la verificación de posibles conflictos de intereses.

**Comité de convivencia laboral (Ley 1010 de 2006 y Resoluciones 652 y 1356 de 2012 del Ministerio de Trabajo):**

La Resolución No. 60 de 2023 "*Por la cual se conforma el Comité de Convivencia Laboral de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño para el periodo 2023 - 2025",* tendrá vigencia desde el 20 de abril de 2023 hasta el 19 de abril de 2025. Radicado 20232000000605.

La Resolución interna 46 de 2023 *"Por la cual se crea y establece el reglamento interno del Comité de Convivencia Laboral de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño"*

- ✓ El comité se reunió cada trimestre, las actas cuentan con la firma de todos los integrantes y establecen las fechas de la próxima sesión. Expediente 202528000201400001E.
- ✓ Se elaboraron informes trimestrales para el periodo comprendido entre el 01 de julio y 30 de septiembre y el 01 de octubre y 31 de diciembre de 2024, los cuales establecen la gestión del Comité, teniendo en cuenta las estadísticas de las quejas, seguimientos de los casos y recomendaciones, los cuales fueron presentados a la Dirección General. Radicado 20242800099703 y 20252800003713 respectivamente.
- ✓ Se identificó articulación con la administradora de riesgos laborales acciones de asesoría y asistencia técnica para la intervención de factores psicosociales. El 8 de noviembre ARL Positiva realizó orientación sobre los canales de atención en Psicología para sus afiliados radicado 20242800105643.
- ✓ No se presentaron casos en los cuales se tuviera que conciliar, por tanto, no hubo necesidad de trasladar a la Procuraduría General de la Nación casos donde no se llegó a un acuerdo o se incumplieron los compromisos pactados.

Sin embargo, en la vigencia 2024 se evidenció:

- Las sesiones del 22 de marzo y 25 de septiembre no fueron convocadas por Orfeo o correo electrónico a los integrantes del comité.
- No se presentaron los informes correspondientes al primer semestre del 2024.

**Instancias para la toma de decisiones sobre la implementación de la Política de Gobierno Digital:**

Se cuenta con el Comité de Gestión y Desempeño Institucional – Resolución Interna 112 de 2019. Para la vigencia 2024 las actas fueron relacionadas en el expediente 202410000200800001E y en el 2025 202510000200800001E.

**Medios Digitales de interacción con los grupos de valor:**

✓ Página web (Sede electrónica)
✓ Redes Sociales (Facebook, Instagram, Linkedin, YouTube, **X)**
✓ Espacios virtuales (talleres, mesas informativas, juntas locales, entre otros)
✓ Medios Digitales: Página web, sitios web (Bronx Distrito Creativo), Plataforma Centro (Aula Creativa y Tutoriales), redes sociales, archivos y audios digitales (Agenda Cultural - Podcast).

Sin embargo, se observa que en la página web de la FUGA no se referencia la red social **X.**

En resumen, se observa que la entidad utilizó medios digitales para interactuar con sus grupos de interés.

**Grupos de valor e interés que participaron en la toma de decisiones sobre la implementación de la Política de Gobierno Digital:**

✓ Servidores: Se evidencia a través de las funciones del Comité de Dirección establecidas en la Resolución Interna 112 de 2019[7] y en la Subdirectora de Gestión Corporativa a través de la definición de proyectos a ejecutar y recursos disponibles señaladas en el *Plan Estratégico Tecnologías de la Información 2024*. (Aparte Instancias de Decisión de TI).
✓ Contratistas: Se evidencia a través de las obligaciones del contratista responsable operativo del proceso de Gestión TIC (FUGA-40-2024, FUGA-83-2024 y FUGA-163-2024)

Sin embargo:

- No se evidencia de manera clara la participación de otros grupos de valor (Ciudadanía, Academia, sector privado o sociedad civil).

[7] Resolución Interna 112 de 2019: Función 12. Decidir y aprobar la creación de las políticas ejercidas entorno a Gobierno Digital y Seguridad Digital

**Modelos del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE) implementados:**

En el *Plan Estratégico Tecnologías de la Información PETI* de fecha enero 2024, se evidencia que de manera general se incluyen lineamientos, características y dominios que hacen parte de los tres modelos del marco de referencia; teniendo en cuenta que la implementación del marco de referencia es gradual y depende de la realidad institucional, se evidencia que formalmente aún no se encuentran implementados:

**Modelos del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE) implementados:**

En el *Plan Estratégico Tecnologías de la Información PETI* de fecha enero 2024, se evidencia que de manera general se incluyen lineamientos, características y dominios que hacen parte de los tres modelos del marco de referencia; teniendo en cuenta que la implementación del marco de referencia es gradual y depende de la realidad institucional, se evidencia que formalmente aún no se encuentran implementados:

- Modelo de Arquitectura Empresarial (MAE)
- Modelo de Gestión y Gobierno de TI (MGGTI)
- Modelo de Gestión de Proyectos de TI (MGPTI)

De acuerdo a lo evidenciado en la Auditoría al Proceso Gestión TIC en la vigencia 2024, la entidad tiene implementado el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) el cual incluye algunos componentes que se relacionan y complementan con el MGGTI; sin embargo, no dan cuenta de la implementación de todas las características de éste.

**No se dio cumplimiento al plazo establecido para implementar el MRAE (Noviembre de 2024), tal como se establece en el documento "*Plazos para la implementación del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial*" del Ministerio de Tecnologías de la Información y las comunicaciones - MINTIC 2022[8], por lo que se genera una alerta para asegurar su cumplimiento.**

**Modelo de Arquitectura Empresarial (MAE)[9]:**

En el *Plan Estratégico Tecnologías de la Información PETI* de fecha enero 2024, se evidencia que de manera general se incluyen temas relacionados con el dominio de Arquitectura Institucional (Direccionamiento estratégico y planeación institucional, arquitectura de sistemas de información e identificación de los servicios institucionales), que de acuerdo a lo señalado por el responsable operativo del proceso TI en entrevista del 26/03/2025, aporta un 25% al proceso general de implementación.

[8] https://www.mintic.gov.co/portal/715/articles-273207_recurso_3.pdf?utm_source=chatgpt.com

[9] Mintic: El MAE proporciona un conjunto de lineamientos, establece los dominios, brinda guías metodológicas, recomienda algunas herramientas y mejores prácticas, con lo cual se busca orientar a las Entidades públicas del Estado colombiano en la aplicación del enfoque de Arquitectura Empresarial para dar solución a problemas complejos y establecer un mapa de ruta de transformación institucional. https://www.mintic.gov.co/arquitecturaempresarial/630/w3-propertyvalue-385293.html?__noredirect=1

Sin embargo, conforme lo lineamientos establecidos por Mintic, no se identifica de manera clara el cumplimiento de los siguientes criterios:

- Integración del proceso de Arquitectura Empresarial al Sistema de Gestión de Calidad.
- Ejecución del proceso de Arquitectura Empresarial.
- Establecimiento de indicadores de seguimiento a la ejecución del proceso de Arquitectura Empresarial.
- Asignación de roles para implementar el proceso de Arquitectura Empresarial.
- Definición y utilización de un repositorio para almacenar los productos generados en el proceso de Arquitectura Empresarial.
- Desarrollo de una hoja de ruta de Arquitectura Empresarial y seguimiento a su implementación.

**Proyectos con Componentes de TI (MGPTI)[10]:**

En el *Plan Estratégico Tecnologías de la Información PETI* de fecha enero 2024, se evidencia la identificación de 5 proyectos:

✓ PY01 Mantenimiento dispositivos tecnológicos.
✓ PY02 Licenciamiento, adquisición de software, y soporte y acompañamiento técnico.
✓ PY03 Fortalecimiento sistema gestión documental ORFEO
✓ PY04 Implementación módulos Pandora
✓ PY05 Metodología Gestión de la continuidad del negocio Gestión TIC | BIA BCP DR DRP

Sin embargo, conforme lo lineamientos establecidos por Mintic, no se identifica de manera clara el cumplimiento de los siguientes criterios:

- Integración del proceso de Gestión de Proyectos de TI al Sistema de Gestión de Calidad.
- Establecimiento de planes de comunicaciones para la gestión de cada proyecto con componentes de TI.
- Determinación del alcance y priorización de las actividades de cada proyecto.
- Seguimiento a su ejecución a través de indicadores de eficiencia y eficacia: solo se evidencia indicadores y seguimiento de los proyectos PY01.
- Análisis y tratamiento de riesgos: Se identifican riesgos de no hacerlo, pero no se incluye análisis y tratamiento.
- Metodología para gestión de proyectos con componentes de TI.

**Gestión y Gobierno TI (MGGTI)[11]:**

[10] Mintic: El Modelo de Gestión y Gobierno de TI permite generar las capacidades institucionales que se requieren para prestar servicios de TI a los usuarios de cada entidad, mediante el uso adecuado de las tecnologías de la información y las comunicaciones. https://www.mintic.gov.co/arquitecturaempresarial/630/w3-propertyvalue-385301.html?__noredirect=1

[11] Mintic: El MGPTI establece los lineamientos que direccionan la administración de los proyectos de tecnología e impulsa la aplicación de mejores prácticas de gestión de proyectos en la ejecución de éstos al interior de las entidades públicas. https://www.mintic.gov.co/arquitecturaempresarial/630/w3-propertyvalue-385306.html?__noredirect=1

Conforme lo expuesto por el responsable operativo en la entrevista del 26/03/2024 se presenta un avance frente a los siguientes aspectos:

✓ Estrategia y gobierno TI: Política de Gobierno Digital.
✓ Gestión de Sistemas de Información: Catálogos de servicios.
✓ Gestión de Servicios TI: Mesa de ayuda.
✓ Uso y Apropiación TI: Capacitaciones.

Sin embargo, de acuerdo a los lineamientos establecidos por Mintic, no se identifica de manera clara el cumplimiento de los siguientes criterios:

- Definición de un proceso de gestión y gobierno de TI, formalizado a través del Sistema Integrado de Gestión de Calidad.
- Seguimiento a los procesos asociados a la gestión y gobierno de TI mediante indicadores de eficiencia y eficacia.
- Desarrollo e implementación de una estrategia de uso y apropiación de tecnologías actuales y emergentes, por ejemplo: blockchain (cadena de bloques), inteligencia artificial, internet de las cosas (IoT), automatización robótica de procesos

**Fases del modelo de adopción de IPv6:**

Conforme lo evidenciado en la Auditoría al Proceso Gestión TIC 2024 y el contrato FUGA-219-2021 ejecutado entre el 2022 y el 2023, se observa que a través del Informe general de migración a IPV6 (20222300024162); la entidad ya ejecutó las fases de Planeación (Fase 1), implementación (Fase 2) y pruebas de funcionalidad (Fase 3).

**Actividades Fase 1 del modelo de adopción de IPv6:**

Conforme lo observado en la Auditoría al Proceso Gestión TIC 2024 y el contrato FUGA-219-2021 ejecutado entre el 2022 y el 2023; la entidad desarrolló las siguientes actividades en esta fase:

✓ Inventario de TI: se identifican los dispositivos y sistemas que requieren adaptación para IPv6
✓ Plan de diagnóstico: estado de la infraestructura de red incluyendo la compatibilidad con IPv6 y posibles riesgos asociados a la migración.
✓ Plan de direccionamiento IPv6: el plan se encuentra alineado con las recomendaciones del modelo de adopción.
✓ Diseño detallado de red: el diseño contempla la integración de IPv6 en su infraestructura.
✓ Plan de contingencias para IPv6: el plan garantiza la continuidad del servicio en caso de fallos durante la migración.

**Actividades Fase 2 y 3 del modelo de adopción de IPv6:**

Conforme lo observado en la Auditoría al Proceso Gestión TIC 2024 y el contrato FUGA-219-2021 ejecutado en el 2023; la entidad desarrolló las siguientes actividades en esta fase:

- ✓ Informe de pruebas piloto y de implementación de IPv6 (Fase 2 y 3)
- ✓ Acta de cumplimiento a satisfacción sobre el funcionamiento e implementación de los elementos que fueron intervenidos con IPv6.
- ✓ Activación de políticas de seguridad para IPv6 (Fase 2 y 3) (Incluido en el Informe General de Migración a IPV6 numeral 4.3

**Reporte herramienta de seguimiento habilitada por MINTIC:**

En entrevista realizada al responsable operativo del proceso TI el 26/03/2025 se confirma que se hizo el reporte conforme los lineamientos establecidos (https://micrositios.mintic.gov.co/ipv6/control/app/login.php)

**Temáticas de la Política de Gobierno Digital incluidas en las estrategias de capacitación a servidores y contratistas 2024:**

Se verifican las siguientes fuentes de información:

Jornadas de inducción y reinducción:
- El proceso de Gestión TIC, incluye los siguientes temas en su presentación: Actividades PETI, riesgos e indicadores del proceso, Política de seguridad Digital, tips de seguridad informática, protección de datos personales y uso legal de software de la vigencia (Anexo 2 radicado 20242800051303).
- No se evidencia la incorporación de temas como: Gobernanza, Innovación Pública Digital, Arquitectura de TI, Cultura y apropiación, Servicios Ciudadanos Digitales, Decisiones basadas en datos, Estado Abierto, Servicios y Procesos Inteligentes, Proyectos de Transformación Digital y Estrategias de Ciudades y Territorios Inteligentes.

PIC 2024:
- No se evidencian actividades directamente relacionadas con el criterio.

PETIC:
- No se evidencia la gestión adelantada en el 2024 frente a la actividad de publicar Piezas Gráficas en el micrositio relacionado con Activos de información, Campaña de phishing y correos de suplantaciones; la información publicada corresponde a la vigencia 2023 y anteriores.

**Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI):**

A través de la Auditoría al proceso de Gestión TIC 2024 se evidencia la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), alineado con las normativas vigentes. A través de esta gestión se han

identificado políticas, procedimientos y controles que respaldan la gestión de seguridad y privacidad en la entidad.

**Diagnóstico de seguridad y privacidad de la información, construido a través de la herramienta de autodiagnóstico del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI):**

Conforme lo observado en la Auditoría al proceso de Gestión TIC 2024 se evidencia la elaboración del diagnóstico en el 2023, aprobado por el Comité de Gestión y Desempeño Institucional (202310000200800001E Modelo SGSI – Radicado 20232000128793).

**Política de Seguridad y Privacidad de la Información:**

A través de la Auditoría al proceso de Gestión TIC 2024 se evidencia que la entidad cuenta con una *Política de Seguridad y Privacidad de la Información*[12] debidamente formulada, aprobada e implementada.

En la vigencia 2024 no se evidencian actualizaciones producto de un proceso de mejora continua y conforme los resultados de la auditoría antes referenciada. La última versión (3) fue actualizada en noviembre del 2023.

**Procedimientos de seguridad y privacidad de la información:**

Si bien se observa que se tiene documentada la política y procedimientos que se vinculan a ésta, en la vigencia 2024 no se realizó ninguna actualización producto de un proceso de mejora continua y conforme los resultados de la auditoría al proceso realizada en esa vigencia.

**Inventario de activos de seguridad y privacidad de la información:**

La entidad cuenta con un inventario de activos de tecnología, que incluye bases de datos, software y hardware; sin embargo, estos no se encuentran actualizados y presentan debilidades frente a la información que contienen, conforme se evidenció en la auditoría al Proceso de Gestión TIC realizada en el 2024 (Control A.8 Gestión de Activos). No se evidencia la aprobación de éstos en el Comité Gestión y Desempeño Institucional.

**Riesgos de seguridad y privacidad de la información:**

Se identifican riesgos de seguridad y privacidad de la información en el mapa de riesgos institucional, en el cual se observa el análisis de objetivos anidando a un objetivo estratégico, al objetivo del proceso que además usa la metodología SMART para su formulación, se identifica la relación entre factores de riesgo y clasificación del riesgo.
Sin embargo:

[12] https://www.fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/normativa/politicas-de-seguridad-de-la-informacion-del-sitio

- Se evidenció a través de la auditoría al proceso de Gestión TIC 2024, debilidades frente a las características específicas de la identificación y evaluación de esta tipológica de riesgos (ítem 6.3 del informe de auditoría).
- No se evidencian actualizaciones como resultado del proceso de mejora continua a partir de las observaciones de la auditoría antes referenciada.
- No se identifica la aprobación de los riesgos por parte del Comité de Gestión y Desempeño Institucional, para la vigencia 2024. Si bien en el acta 2 del 28/02/2024 (20241200038783) se presenta un plan de trabajo de riesgos 2024 que incluye el ajuste de los riesgos de Seguridad de la Información, no se evidencia en las actas posteriores la gestión realizada y la aprobación correspondiente.

**Plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información:**

A través de la Auditoría Interna TIC 2024 se evidencia la implementación del *Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información*, el cual se desarrolla en 3 fases: 1. Análisis de Información, 2. Desarrollo de los proyectos y 3. Ciclo de vida del tratamiento de riesgos.

**Plan operacional de seguridad y privacidad de la información:**

Se evidencia la aprobación del *Plan de Seguridad y Privacidad de la Información* a través del Acta 1 del Comité de Gestión y Desempeño Institucional del 19/01/2024 Numeral 6 (20241200009053), plan que se encuentra incluido en el PETI presentado y aprobado.

El plan de Seguridad y Privacidad de la Información sólo refiere una actividad a desarrollar, relacionada con la medición del MSPI y el establecimiento de un rango de apropiación; por lo que no es claro como su actualización responde a un proceso de mejora continua, en articulación con el resultado de la auditoría al Proceso de Gestión TIC 2024.

**Indicadores de implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI):**

Si bien se identifica en el proceso de Gestión TIC un indicador de eficacia relacionado con la medición del porcentaje de implementación de controles asociados al Modelo del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (MSPI), se evidencia que este se ha mantenido de vigencias anteriores por lo cual no es claro cómo se gestiona la actualización como respuesta a un proceso de mejora continua.

**Proyectos de Transformación Digital Decreto 1263 de 2022:**

Conforme el resultado de la auditoría al proceso de Gestión TIC 2024, la información publicada en la web e intranet de la entidad y Orfeo, se observa:

- ✓ Se ha implementado, migrado y está haciendo uso de servicios de nube (FUGA-127-2023 y FUGA-253-2024)[13].
- ✓ Se está haciendo uso de mecanismos de digitalización y automatización de trámites (OPA), el cual se encuentra vinculado al Portal Único del Estado Colombiano[14] y al SUIT[15] (Préstamo y uso de salas de Exposición).
- ✓ Se hizo uso de los mecanismos de agregación de demanda a través de acuerdos marco de precios establecidos por la Agencia Nacional de Contratación Pública y la Política de compras y contratación Pública[16].

Sin embargo, no se evidencia:

- La gestión relacionada con el uso de Infraestructura de datos (Documento técnico y hoja de ruta establecida en el Plan Nacional de Infraestructura de Datos de Mintic, DNP y DAPRE)[17], en el que se incluye la interoperabilidad entre los sistemas de información públicos.
- Uso de mecanismos exploratorios de regulación como Sandbox
- Uso de tecnologías emergentes tales como inteligencia artificial, internet de las cosas (IoT), big data o blockchain.

**<u>Estrategia de Ciudades y Territorios Inteligentes:</u>**

De acuerdo a lo señalado en la entrevista con el responsable operativo del proceso TI, la estrategia estuvo vinculada con el proyecto Plataforma Centro.

De la verificación realizada a la plataforma (https://plataformacentro.fuga.gov.co/), se observa que de manera general se cumplen las características de la Estrategia de Ciudades y Territorios Inteligentes. (Accesibilidad, apoyo del uso TI, objetivo principal mejorar la calidad de vida de la ciudadanía, estrategia colaborativa con los grupos de intereses identificados, fortalecimiento de capacidades de los usuarios, entre otros).

[13] FUGA -127-2023 INGENIERÍA DE SISTEMAS TELEMÁTICOS (INSITEL S.A.). "Adquisición de licenciamiento tecnológico para la Fundación Gilberto Álzate Avendaño". Se incluye la licencia AWS CLOUD por 36 meses
FUGA- 253-2024 SKG TECNOLOGIA S.A.S NIT 900.711.074-0 "Prestación de servicios de computación en la nube a través de una plataforma Cloud para la infraestructura crítica de la Fundación Gilberto Álzate"

[14] https://www.gov.co/ficha-tramites-y-servicios/T73608

[15] https://visorsuit.funcionpublica.gov.co/auth/visor?fi=73608

[16] OC-123919 (FUGA-37-2024), OC-125243 (FUGA-53-2024), OC-126645 (FUGA-78-2024), OC-126504 (FUGA-80-2024), OC-129191 (FUGA-135-2024), OC-129299 (FUGA-137-2024), OC-129302 (FUGA-138-2024), OC-129357 (FUGA-139-2024), OC-133566 (FUGA-221-2024)

[17] https://infraestructuradatos.gov.co/798/w3-propertyvalue-378981.html

**Dimensiones del Modelo de Madurez de Ciudades y Territorios Inteligentes:**

Conforme lo evidenciado en la Plataforma Centro (https://plataformacentro.fuga.gov.co/), el Modelo de Ciudades y Territorios Inteligentes para desarrollar una Estrategia de Ciudades y Territorios Inteligentes para la vigencia evaluada, tuvo injerencia en las siguientes dimensiones:

- ✓ Personas.
- ✓ Calidad de Vida.
- ✓ Desarrollo Económico.

**Reporte de incidentes de seguridad digital (Ciberseguridad):**

Conforme el resultado de la auditoría al proceso Gestión TIC 2024, se observa que se ha implementado el reporte de incidentes a través del sistema GLPI; sin embargo, lo incidentes reportados presentan oportunidades de mejora relacionadas con la identificación de los eventos registrados, categorización de los mismos y la gestión realizada para solucionarlos.

De acuerdo a lo anterior no es posible identificar cuáles de los casos reportados estaban relacionados con incidentes de seguridad digital y su categorización.

**Reporte de incidentes de seguridad digital (Ciberseguridad) Resolución 500 de 2022 del Ministerio de Tecnologías de la Información- MINTIC - COLCERT):**

Conforme lo observado en la auditoria al proceso Gestión TIC 2024, se observa que no se reportaron incidentes al Grupo de Respuesta a Emergencias Cibernéticas de Colombia (COLCERT) a través del CSIRT.

**Licenciamiento de los sistemas operativos de los equipos de escritorio, portátiles y servidores:**

De acuerdo a lo evidenciado en el *Informe anual de verificación, recomendaciones, seguimiento y resultado sobre el cumplimiento de las normas en materia de derecho de autor sobre software 2024* (20251100032593), la entidad tiene licenciados todos sus sistemas operativos.

**Gestión de vulnerabilidades, actualización de equipos y parches de seguridad a equipos de escritorio, portátiles, servidores switch, Firewall, AccesPoint, hypervisores entre otros:**

Teniendo en cuenta los soportes presentados para la verificación del cumplimiento de las *Normas de Derecho de Autor Software 2024*, se observa que a través del PETI se ejecutó la acción de *Mantenimiento Dispositivos tecnológicos*, que incluyó actividades de verificación de antivirus, revisión de hardware y software, mantenimiento de software básico y actualización de software.

**Política de Prevención del Daño Antijurídico – PPDA y defensa técnica de los intereses de la entidad:**

La Política de Prevención del Daño Antijurídico – PPDA se encuentra publicada en intranet link http://intranet.fuga.gov.co/sites/default/files/gjpo01_politica_de_prevencion_del_dano_antijuridico_v2_11122023.pdf

- ✓ La política de prevención del daño antijurídico comprende la identificación de las causas de litigiosidad y las acciones para la prevención del daño antijurídico y defensa de los intereses institucionales.
- ✓ En la política se priorizaron los casos reiterados o recurrentes en los que la Entidad ha sido demandada en sede de acción de tutela, procesos contenciosos, así como convocatorias a conciliaciones judiciales y extrajudiciales.
- ✓ El secretario técnico del Comité de conciliación presentó el proyecto de política de prevención del daño antijurídico 2023 -2025 elaborado por un grupo interdisciplinario de la FUGA, liderado por la Oficina Jurídica. Se adoptó mediante Resolución 231 de 2023.
- ✓ La política fua probada en sesión del 15 de noviembre de 2023 y remitida a la Dirección General. Radicado 20231300118173.
- ✓ Mediante informe el secretario técnico del Comité de Conciliación presentó el seguimiento a la política, en el cual se detallaron las actividades adelantadas al respecto. Radicado 20241300119773. Fue aprobada Sesión del 24 de diciembre de 2024. Radicado 20251300019483.
- ✓ La oficina jurídica formula y adopta las políticas para la gestión jurídica y contractual de la entidad, teniendo en cuenta el monitoreo a las actividades planificadas y las causas generadoras de los conflictos con el fin de formular de acciones correctivas.
- ✓ Se ejecuta el Plan de Acción para la ejecución del Plan Maestro de Acciones Judiciales para la Recuperación del Patrimonio del Distrito Capital vigencia 2024, en donde el comité de conciliación requiere a la oficina de Gestión Documental para que genere un reporte con la relación de las solicitudes, quejas, informes internos o externos que se hayan recibido en los cuales se pongan en conocimiento hechos que puedan afectar el patrimonio de la entidad.
- ✓ No se presentaron nuevas demandas ni autos admisorios notificados con nuevos procesos para el periodo 2024.
- ✓ No se fijaron audiencias en los procesos judiciales en curso, no obstante, se realizó el control permanente y seguimiento de novedades procesales.
- ✓ Mediante reunión del 12 de abril de 2024 se definieron para la contratación de abogados externos que garanticen su idoneidad para la defensa de los intereses públicos y realizar seguimiento sobre los procesos. Radicado 20241300038633.
- ✓ En el sistema de SIPROJWEB se realiza el seguimiento, vigilancia y control de los procesos judiciales, asimismo se encuentra el módulo pago de sentencias y registro de pagos. Todas las actuaciones generadas dentro de los procesos en los cuales se encuentra vinculada la Entidad deben ser diligenciadas en el módulo respectivo.
- ✓ El procedimiento de cumplimiento y pago de sentencias y conciliaciones de la entidad está acorde con lo previsto en el Decreto Único del Sector Hacienda y Crédito Público y se encuentra vigente y publicado en la página web de la entidad en el enlace gf-pd-05_procedimiento_gestion_de_pagos_v6_31082021.pdf
- ✓ Se presenta ante el comité de conciliación el estado y las actuaciones realizadas a las acciones de Repetición que se encuentran en curso en la Entidad.

- ✓ Para la vigencia evaluada no fue necesario informar acerca de sus decisiones con respecto a la procedencia de la acción de repetición al Ministerio Público, puesto que no se presentaron condenas para la entidad que ameritaran llevar estudio de fichas al Comité de Conciliación o que se presentaran acciones de repetición.
- ✓ No fue procedente el llamamiento en garantía con fines de repetición, dado que, no se presentaron condenas para la entidad que ameritaran llevar estudio de fichas al Comité de Conciliación o que se presentaran acciones de repetición.
- ✓ No se presentaron sentencias de condena para el 2024.
- ✓ No se evidenció la divulgación de la política a los servidores y contratistas a través de los diferentes medios de difusión con los que cuenta la Entidad.

**<u>Evaluación del servicio y medición de la experiencia ciudadano:</u>**

Frente al Informe de encuestas de satisfacción vigencia 2024:

- ✓ Se presentó el análisis de los resultados obtenidos por cada uno de los procesos (planeación, transformación cultural para la revitalización del centro y Servicio al ciudadano), los cuales evidencian que la mayoría de los encuestados consideran que los servicios ofrecidos cumplen o superan sus expectativas, destacando especialmente la calidad de las actividades artísticas, la pertinencia de la formación cultural y la efectividad del servicio técnico en los escenarios de la entidad.

El equipo de servicio al ciudadano en entrevista del 3 de junio de 2025 aportó las encuestas de satisfacción del primer trimestre de 2025, evaluados con la siguiente escala: 1. Extremadamente insatisfecho, 2. No cumplió las expectativas, 3. Cumplió parcialmente las expectativas, 4. Cumplió las expectativas, 5. Superó las expectativas, a saber:

- 17 encuestas de satisfacción del servicio técnico de los escenarios Fuga en donde la mayoría de los encuestados registró que la actividad superó las expectativas en iluminación, Sonido y Logística.
- 26 encuestas de satisfacción del servicio WhatsApp con calificación excelente.
- 21 encuestas de satisfacción canal de interacción presencial con calificación Excelente.
- 1 encuesta de satisfacción canal de interacción telefónico con calificación Excelente.

Se resalta que en las encuestas no se evidencian calificaciones en los niveles 1, 2 y 3. Se registran observaciones que no afectan la calificación y felicitaciones frente al servicio.

El equipo indicó que los informes de encuestas de satisfacción pasaron de ser semestrales a trimestrales, por tanto el del primer trimestre se encuentra publicado en la página web https://www.fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/informes-de-gestion. Radicado: 20252300046403.

La toma de la medición se hace de manera trimestral, porque era demasiado largo para relacionar la opinión de la ciudadanía. Está relacionada en los indicadores y en el Programa de Transparencia y Ética Pública.

En ese orden, en auditoría Interna al Proceso de Servicio al Ciudadano realizada en 2024 expediente, 202411000500100002E, se evaluó la Guía para medición de la satisfacción de los usuarios de la FUGA (SC-GU-01) en la que se identificó:

- ✓ Para la medición sobre transparencia y acceso a la Información publicada en la página web de FUGA, la entidad cuenta con una encuesta publicada en la página web desde el 2021, en esta encuesta se revisa la satisfacción general frente a la página web y la información publicada.
- ✓ La encuesta está disponible en la sección de transparencia y acceso a la información https://docs.google.com/forms/d/18UACJfAJ4lQkQQx9AQQElBs2bGJmJ5mzd4K5iMrjLUA/viewform?ts=6050da66&gxids=7628&edit_requested=true
- ✓ La Guía para medición de la satisfacción de los usuarios de la FUGA (SC-GU-01) hace referencia a la medición de la percepción de la calidad de los servicios prestados por la entidad a través de encuestas de satisfacción aplicadas a los usuarios.
- ✓ El Manual de Servicio a la Ciudadanía del Distrito Capital Versión 2, indica que *"Los resultados de la aplicación de las encuestas se constituirán como insumo para la toma de decisiones en pro del mejoramiento en la atención a la ciudadanía.",* no obstante, a partir de los datos obtenidos en las encuestas, se pueden identificar tendencias valiosas que aportan a la toma de decisiones y a la proyección de los programas de la Entidad, aunque **no** proporcionan una representatividad estadística completa.

Sin embargo, se presentaban debilidades relacionadas con:

- La fuente de datos correspondiente al "Informe de encuestas de satisfacción consolidado por servicio al ciudadano" no precisa el número de encuestas aplicadas; la información se presenta en términos porcentuales, situación que no permite validar de la medición reportada.
- No hay claridad de cómo se están gestionando las encuestas de satisfacción para los canales Chat (WhatsApp) y Canal Telefónico.
- En la atención al Canal telefónico, no se evidenció la realización de la solicitud de evaluación del servicio.
- El Manual de Servicio a la Ciudadanía Fuga Versión 4, no incluye las encuestas de satisfacción para todos los canales de interacción.

El equipo de servicio al ciudadano en entrevista del 3 de junio de 2025 manifestó que se realizan las encuestas de satisfacción, así:

- WhatsApp: Cuando una persona interactúa a través de la línea que se tiene en la página web.
- De manera telefónica: Se consulta a la persona si desea realizar la encuesta de satisfacción, tiene 2 preguntas, frente a la atención recibida y frente a la información. El equipo de servicio al ciudadano diligencia el formato de Google Forms previsto para la encuesta.
- De manera presencial: Se tiene los códigos QR en los puestos de cada uno de los miembros del equipo de servicio al ciudadano, con el fin de que la persona escanee el código y pueda realizar la encuesta. Si presenta algún inconveniente para abrir el código, se tiene acceso desde el computador y la persona puede diligenciar la encuesta.

Verificando estos resultados se puede evidenciar que se han implementado acciones de mejora frente al incorporación de las encuestas de satisfacción para todos los canales de interacción por medio del diseño del código QR, socializado en cada uno de los eventos, también se lleva de forma física. Se está trabajando en una encuesta física para las personas que en el momento no tengan celular o datos. Igualmente, a través del correo electrónico se envía el link de la encuesta para que los usuarios que reciben respuesta la puedan diligenciar.

**Acceso a las instalaciones e infraestructura física:**

Los requisitos que deben cumplir los espacios físicos en los que se presta el servicio a la ciudadanía se encuentran establecidos en la Norma Técnica Colombiana 6047.Por lo anterior, en auditoría Interna al Proceso de Servicio al Ciudadano realizada 2024 expediente, 202411000500100002E, se evaluó la accesibilidad en espacios físicos, mediante el cumplimiento de los Protocolos Generales de la Norma Técnica Colombiana 6047, en la que se encontró que no se tiene una planificación adecuada conforme a la realidad de la Fuga que garantice el cumplimiento de la norma en cuanto a los requisitos de accesibilidad, lo cual configuró el siguiente hallazgo:

| No. | Requisito | Descripción hallazgo |
|---|---|---|
| 1 | Norma Técnica Colombiana 6047. | Cumplimiento parcial de los requisitos de accesibilidad al medio físico y aspectos de servicio al ciudadano en la administración pública descritos en la Norma Técnica Colombiana 6047. (Ver numeral 1.1 Accesibilidad en espacios físicos) |

- ✓ De la revisión al plan de mejoramiento se evidenció que el proceso de servicio al ciudadano reformuló la causa raíz y la actividad. Asimismo, de las evidencias aportadas y de la entrevista realizada el 3 de junio de 2025, se observó que, se realizaron mesas de trabajo con el INCI, el INSOR y con los equipos de seguridad y salud en el trabajo y recursos físicos para analizar el cumplimiento de los requisitos de accesibilidad definidos en la NTC 6047 y que puedan ser aplicados en la Fuga sin desconocer la realidad institucional, lo que conlleva al cierre del hallazgo con baja efectividad teniendo en cuenta que por la capacidad institucional no se pueden dar cumplimiento a todos los requisitos establecidos en la norma.
- ✓ El único baño accesible para personas con discapacidad física y que cuenta con lavamanos se encuentra en casa amarilla.
- ✓ La Entidad cuenta con parqueadero que se encuentra separado de la entrada principal y con estacionamientos para personas con discapacidad.
- ✓ Se cuenta con el protocolo interno documentado (Manual de Servicio al Ciudadano V4.) En caso de requerir un trámite adicional en canal virtual y si la persona lo requiere, la persona de atención al ciudadano realiza el acompañamiento necesario.
- ✓ Se cuenta con servicios de apoyo que favorecen la atención, como sillas de ruedas en cada sede.
- ✓ La oficina de Atención al Ciudadano fue reubicada en la casa amarilla lo que permite una mayor accesibilidad de las personas en situación de discapacidad.

Sin embargo, se presentaban debilidades relacionadas con:

- Las salidas de emergencia no cuentan con la iluminación necesaria.
- La estructura de la Entidad no cuenta con espacios suficientes y adecuados para el desplazamiento de personas en sillas de ruedas.
- No se cuentan con dispositivos tecnológicos para facilitar la movilidad de las personas con discapacidad en la entidad.
- No se cuenta con buen alumbrado que permita evidenciar claramente las señales.
- No se cumple con el requisito establecido en el punto 4.4. zona administrativa, pues no se cuenta con contraste visual, iluminación, señalización y seguridad y, protección contra emergencias y evacuación.
- Las señales no se encuentran iluminadas. Cuentan con imágenes para comprensión Braille y lenguaje de señas, no obstante, no tienen buena visibilidad e iluminación
- No se cuenta con la señalización indicada y las señales braille no son fáciles de ubicar.

El equipo de Servicio al Ciudadano en entrevista del 3 de junio de 2025 manifestó que a partir de las observaciones del Informe de Auditoría Servicio al ciudadano, se han realizado las siguientes acciones de mejora frente al cumplimiento de la accesibilidad al medio físico y aspectos de servicio al ciudadano descritos en la norma técnica colombiana NTC 6047 (iluminación de las salidas de emergencia, espacios para el desplazamiento de personas en sillas de rueda, dispositivos tecnológicos para facilitar la movilidad de las personas con discapacidad en la entidad, seguridad y protección contra emergencias y evacuación):

- Reuniones para revisar la iluminación donde se estudia la posibilidad de incluir el tema de iluminación en el próximo contrato de mantenimiento.
- Recorrido en casa principal junto con la Subdirección Corporativa, Recursos Físicos, seguridad en el trabajo y servicio del ciudadano para evaluar el acceso desde el auditorio que antes no se tenía. Esa accesibilidad incluye pasillos amplios, baños para personas con discapacidad en el primer piso, ascensor al segundo piso e ingreso a las salas de exposición. También se revisó la entrada por la rampa sobre la carrera tercera, accesibilidad de personas con silla de ruedas. Lo anterior se va a incluir en el contrato de mantenimiento
- Se está revisando el tema para la suscripción del contrato de señalética tanto para casa amarilla como en casa principal.
- Se realizó reunión con el INSOR quien indicó que para la comunicación en lengua de señas se requiere no solamente el movimiento de las manos sino sonidos y gesticulaciones. Por lo tanto, recomendaron la implementación de videos, por lo cual se hizo la solicitud por correo electrónico a comunicaciones. El fin es proyectarlos en los televisores (un video que explique los tres espacios que tenemos en casa principal, el muelle, las salas de exposición y el auditorio).
- Video en lengua de señas que tiene el equipo de vigilancia que indica *"nos vamos a comunicar con el intérprete y que en pocos momentos lo atenderemos".*
- Se solicitó a comunicaciones la elaboración de guiones para tener en whatsapp y poder comunicarse con las personas con discapacidad.
- Capacitaciones para disminuir las barreras actitudinales con el INCI y con el INSOR.
- Finalmente, se han realizado acciones de mejora para ingresar a la oficina de servicio al ciudadano, la sala de espera, señalización frente a la silla prioritaria de atención, se gestionó y habilitó un programa para la atención por turno, también se tiene turnos manuales que maneja la persona encargada de la seguridad en casa amarilla. El ascensor tiene puerta por ambos lados entonces las personas van a poder ingresar al muelle y al segundo piso a través de las salas de exposición.

**Trámites inscritos en el SUIT:**

Conforme lo evidenciado en el *Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP-* III Cuatrimestre 2024 (antiguo plan anticorrupción y atención al ciudadano) 20251100006803, la entidad tiene 1 OPA, la cual se encuentra inscrita en el SUIT (Préstamo y uso de salas de exposición FUGA) y está totalmente digitalizada.

**Acciones formuladas para simplificar o mejorar trámites a través de acciones administrativas, normativas o tecnológica:**

De acuerdo a lo observado en el *Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP-* III Cuatrimestre 2024 (antiguo plan anticorrupción y atención al ciudadano) 20251100006803, la entidad formuló 2 nuevas mejoras para la OPA inscrita en el SUIT (Préstamo y uso de salas de exposición FUGA)

- ✓ Formularios diligenciados en línea.
- ✓ Radicación y/o envío de documentos por medios electrónicos.

**Acciones de racionalización registradas en el SUIT implementadas:**

Teniendo en cuanta lo evidenciado en el *Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP- III Cuatrimestre 2024* (antiguo plan anticorrupción y atención al ciudadano) 20251100006803, la entidad la entidad formuló e implementó 2 nuevas mejoras para la OPA inscrita en el SUIT (Préstamo y uso de salas de exposición FUGA)

- ✓ Formularios diligenciados en línea.
- ✓ Radicación y/o envío de documentos por medios electrónicos.

**Registros en el SUIT:**

El registro se llevó a cabo respecto a la OPA (Otros Procesos Administrativos) Préstamo y uso de salas de Exposición FUGA; sin embargo, durante la vigencia se presentaron inconvenientes en la plataforma relacionados con la información cargada, por lo cual para el II Cuatrimestre de la vigencia no se reportó dentro de los plazos, como se señaló en el informe *Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEPII Cuatrimestre 2024 (antiguo plan anticorrupción y atención al ciudadano*) - 20241100089963.

**Las acciones de racionalización de trámites u otros procedimientos administrativos o consultas de acceso a la información pública:**

- ✓ Reducir los pasos de los trámites u otros procedimientos administrativos.
- ✓ Disminuir la presencia del ciudadano en las ventanillas de la entidad haciendo uso de medios digitales.
- ✓ Mejorar la interacción y experiencia de la ciudadanía y grupos de valor.

**<u>Medición de la experiencia ciudadana en el uso de trámites u otros procedimientos administrativos o consultas de acceso a información pública:</u>**

Si bien se evidencia el formulario *Encuesta de satisfacción sobre Transparencia y Acceso a la Información-FUGA* publicado en la página web; conforme lo evidenciado en el seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP- III Cuatrimestre 2024 (antiguo plan anticorrupción y atención al ciudadano) 20251100006803, no se hizo la medición respecto al uso de la OPA.

En la fase de socialización del informe preliminar, la Oficina Asesora de Planeación presenta la siguiente observación:

"En cumplimiento a lo establecido en la Guía para la Racionalización de Trámites, se realizó en monitoreo respectivo dentro de la plataforma SUIT para la vigencia 2024, adicionalmente se dio lugar al ejercicio de difusión y apropiación de la estrategia de cara a la ciudadanía mediante un grupo focal realizado en el mes de enero 2025, esto teniendo en cuenta que la estrategia se desarrolló para el último semestre de la vigencia 2024. Dicha información puede ser consultada dentro de la plataforma SUIT y adicionalmente fue reportada dentro del primer seguimiento cuatrimestral a el Programa de Transparencia y Ética Pública y está con opción abierta de lectura dentro del DRIVE respectivo, en el cual se adjunta la consulta realizada dentro de la SUIT del monitoreo realizado y acta del grupo focal (ACTA _Retroalimentación Banco de Proyectos – OPA).

RUTA. https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1aZULYpBAbMdmkX7cfBm8FSeyJCWmmfpD

Adicionalmente no es claro el incumplimiento realizado sobre la Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT (Ver numeral 1. Implementación MIPG-FURAG – SUIT)".

**Respuesta OCI:**

En el drive referenciado por la OAP se evidencia una carpeta denominada "ENCUESTAS 2024" que contiene 5 documentos PDF correspondientes al formato SC-FT-05 Encuesta de Satisfacción del Servicio Técnico de los Escenarios de la FUGA, encuestas diligenciadas en marzo de 2024. Estos soportes ya habían sido verificados por la OCI en el marco del seguimiento al PTEP y no es clara su relación con la evaluación y retroalimentación de este punto.

La OCI verificó el acta Retroalimentación Banco de Proyectos – OPA del 28 de enero de 2025 que no cuenta con radicado Orfeo. En esta se evidencia la medición de la experiencia ciudadana con participantes del banco de proyectos cumpliendo el criterio establecido y subsanando el hallazgo formulado en el informe preliminar.

Sin embargo, se recomienda recopilar de manera coherente y ordenada las evidencias que dan cuenta de la ejecución de la estrategia y planear todas las actividades dentro de la vigencia, pues la medición se hizo posterior a los tiempos establecidos por el DAFP para el seguimiento y evaluación.

**<u>Gestión de mejora continua de la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites:</u>**

En el *Cronograma de Trabajo Estrategia de Racionalización de Trámites y OPAS FUGA 2024*, se identifican las fases de la estrategia; en el seguimiento al corte de diciembre antes señalado, se observó:

- Fase de recopilación de información general y actualización de Información de OPAS y Trámites: Se programaron 6 actividades con plazo de ejecución del 15 al 30 de diciembre, de las cuales solo una de ellas presenta un avance del 50%;
- Fase de formulación de acciones de racionalización y rediseño. Se programaron 3 actividades, todas ellas con vencimiento 30/12/2024, sin reporte del avance en su ejecución.

Conforme a lo anterior, no es posible identificar la gestión de mejora continua señalada en el criterio.

**Retroalimentación a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación:**

- ✓ La Entidad priorizó las variables de acuerdo a la necesidad del servicio institucional, por tanto, ajustó y registró la información en los sistemas de participación para realizar la Caracterización de la Ciudadanía y sus grupos de valor.
- ✓ El cronograma de la Estrategia de Rendición de cuentas se basó principalmente en lo establecido en el Componente 2. del Programa de Transparencia y Ética Pública 2024 y incluyeron actividades que complementan la gestión y que se encuentran programadas en el Plan de Participación Ciudadana.
- ✓ La Entidad presentó el informe de Estrategia de Rendición de Cuentas articulado con el Componente 2: Rendición de Cuentas contenido en el Programa de Transparencia y Ética Pública de la vigencia 2024, el cual fue aprobado en Comité Directivo el 27 de junio del 2024.
- ✓ El informe de la estrategia de rendición de cuentas 2024 fue presentado por la Oficina Asesora de Planeación en septiembre. Se encuentra publicado en la página web de la Entidad link https://fuga.gov.co/participa/rendicion-de-cuentas-fuga
- ✓ El 27 de noviembre de 2024 se realizó Sensibilización Rendición de Cuentas FUGA.
- ✓ Se realizó espacio de dialogo ciudadano el 5 de diciembre de 2024 desde el muelle de la Fuga.
- ✓ El 27 de noviembre se realizó reunión sobre la participación de la FUGA como entidad adscrita al sector a los nodos de rendición de cuentas propuesta por la Secretaría Distrital de Cultura Recreación y Deporte. Radicado 20241200111863.
- ✓ La rendición de cuentas 2024 donde comparte los logros del año y el dialogo con la ciudadanía se realizó el 10 de abril de 2025. Se hicieron socializaciones previas de información, videos y piezas comunicativas invitando a la audiencia pública, adicionalmente se creó un formulario para que la ciudadanía registrara sus temas de interés e inquietudes que estuvo abierto hasta el 1 de abril de 2025.
- ✓ En el Seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP- I Cuatrimestre 2025 (antiguo plan anticorrupción y atención al ciudadano) del 15 de mayo se realizó evaluación sobre la rendición de cuentas 2024. Se expuso que fue un espacio de compromiso con la transparencia y la participación ciudadana, se presentaron los logros alcanzados por la entidad en la vigencia 2024 y se resolvieron algunas inquietudes que presentó la ciudadanía a través del formulario publicado en la página web institucional y preguntas directas que se hicieron a participantes de las diferentes actividades misionales previas a la audiencia, además se abrió un espacio de preguntas ciudadanas para los invitados presenciales. Todas las preguntas

se generaron como PQRSD para responder a la ciudadanía de manera formal. Se contó con la asistencia de 65 personas, 44 de manera presencial y 21 virtual. Radicado 20251100050113.

- ✓ Se verificó el informe de gestión y resultados 2024 publicado en la página web institucional, construido con insumos de todas las unidades de gestión, consolidado y revisado por la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección General.https://fuga.gov.co/sites/default/files/2025-02/Informe_de_Gesti%C3%B3n_Rendici%C3%B3n_de_Cuentas_FUGA2024%20(1).pdf

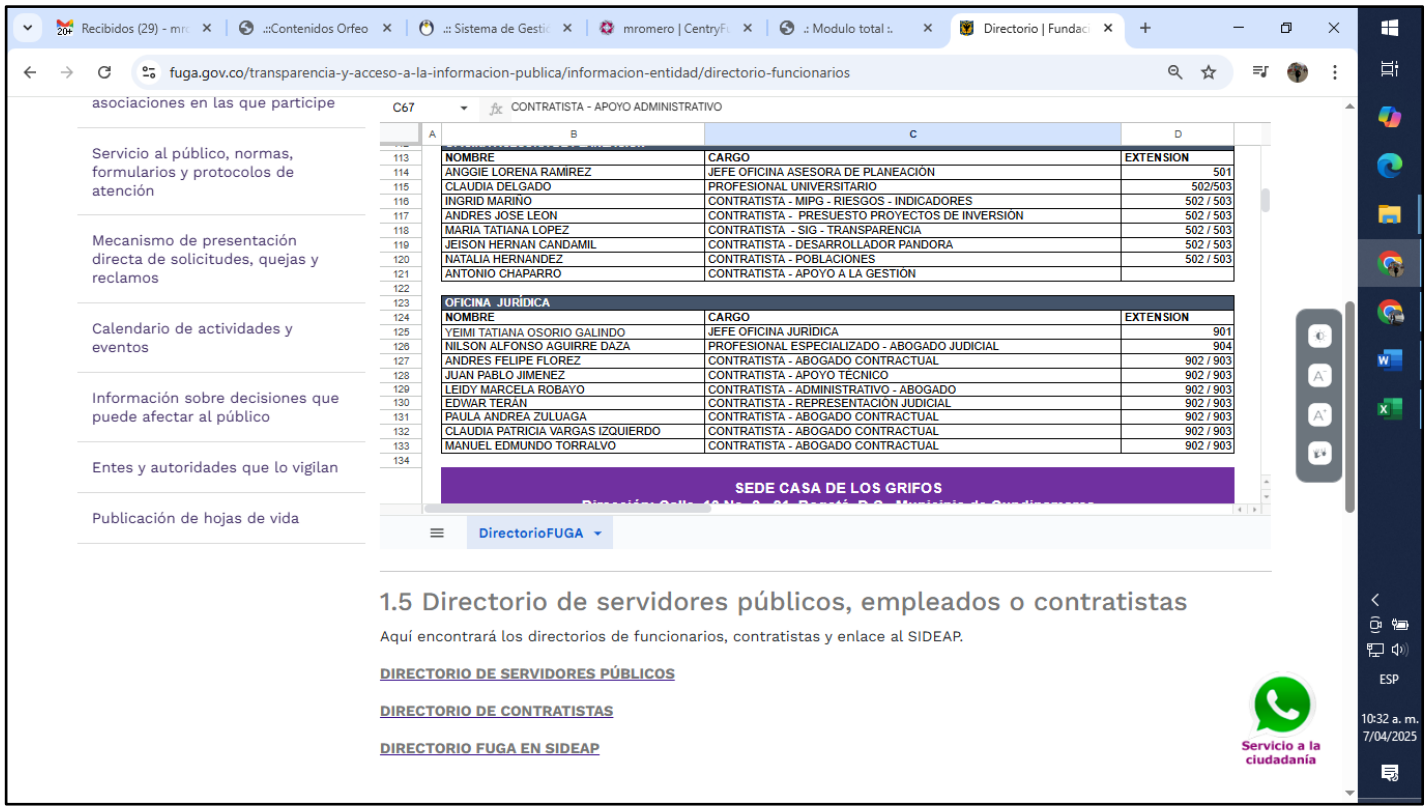
**<u>Información actualizada en la sección "Transparencia y acceso a la información pública" del portal web oficial:</u>**

Conforme el resultado del *Informe de Seguimiento Implementación y Sostenibilidad Ley de Transparencia* al corte del II Cuatrimestre de la vigencia 2024 (20241100089903), se observaron las siguientes categorías cuya actualización de la información no se encontraba al 100%:

Categoría 1: Información de la entidad: 97.14%
Categoría 3: Contratación: 94.00%
Categoría 4: Planeación, Presupuesto e Informes: 95.56%
Categoría 7: Datos Abiertos: 85.00%
Resultado que arroja un cumplimiento promedio de las 10 categorías del 97.43%.

En las secciones evaluadas no cumplieron de manera integral las siguientes:

- Directorio de información de servidores públicos, empleados y contratistas que incluya el cargo, direcciones de correo electrónico, teléfono y escalas salariales. En las verificaciones aleatorias realizadas el 17/03/2025 y el 07/04/2025 se observa que se mantiene esta situación por cuanto aun esta publicado el nombre de la Jefe de Oficina Jurídica cuya desvinculación se realizó en diciembre del 2024 y el contratista de servicios profesionales de la Oficina Jurídica. (FUGA-98-2024).




Fuente: https://www.fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/informacion-entidad/directorio-funcionarios

- Ejecución de los contratos: No se encontraban actualizadas las bases de datos de contrataciones adjudicadas en la vigencia 2024 y la base de datos de contratistas de prestación de servicios no incluían todas las características señaladas en el criterio (% de ejecución, recursos totales desembolsados o pagados, recursos pendientes de ejecutar). En la verificación realizada por el equipo auditor en junio del 2025 a la información publicada en la subcategoría 3.3. Publicación de la ejecución de los contratos, no se evidencia la publicación de estas bases de datos, se incluyen solamente los links de acceso a Secop (I y II).
- Plan de Acción Anual. No se evidenció la publicación de la información relacionada con la ejecución, metas, objetivos e indicadores de gestión y/o desempeño para la vigencia 2024. De la verificación realizada en junio a la información publicada, se observa que se publicó la matriz consolidada de indicadores por procesos a los cortes de agosto del 2024 en enero del 2025 y de diciembre del 2024 en marzo del 2025 incumpliendo la periodicidad trimestral de publicados señalada en el criterio. Respecto a los indicadores PMR se publicó la información al corte de diciembre en enero de 2025.
- Datos abiertos. Se evidenció la desactualización de la información relacionada con los registros de activos de información y la falta de coherencia en la información publicada en la web con los portales abiertos nación y distrito (Esquema de publicación). De la verificación aleatoria realizada en junio de 2025 se evidencia que no se han actualizado los registros de información correspondiente a los activos de hardware, software, obras de arte, bases de datos, entre otros.

**<u>Información actualizada en el menú "Atención y servicio a la ciudadanía" de la sede electrónica:</u>**

Conforme la información publicada se observa que se encuentra actualizada la información de:

✓ Trámites, Otros Procedimientos Administrativos (OPA's)
✓ Canales de atención y solicitud de citas
✓ Formulario de PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes de información pública y Denuncias)

Adicionalmente se incluye información del Defensor del Ciudadano, Ubicación sedes y dependencias, protocolos de atención al ciudadano, preguntas y respuestas.

**<u>Información actualizada en el Menú "Participa" de la sede electrónica:</u>**

Conforme la información publicada se observa que se encuentra actualizada la información de:
✓ Participación para el diagnóstico e identificación de problemas
✓ Planeación y presupuesto participativo
✓ Consulta ciudadana
✓ Colaboración e innovación
✓ Rendición de cuentas
✓ Control social

**<u>Planeación presupuestal recursos para garantizar el derecho de acceso a la información pública y la transparencia:</u>**

En cumplimiento del criterio evaluado se evidencian en Orfeo la suscripción de los siguientes contratos vinculados directamente con el acceso a la información pública y la transparencia:

✓ FUGA-166-2024[18]. (202413002000900188E)
✓ FUGA-60-2024[19]. (202413002000900032E)

[18] FUGA-166-2024: Prestar los servicios profesionales a la oficina asesora de planeación de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño en la formulación y seguimiento de los planes institucionales, la implementación, actualización y sostenibilidad de la documentación de los procesos del sistema de gestión de la entidad, así como, <u>la implementación y seguimiento de la ley de transparencia y de acceso a la información pública a nivel institucional</u> (Subrayado fuera de texto)

[19] FUGA-60-2024. Prestar los servicios profesionales a la Oficina Asesora de Planeación de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño en <u>la implementación y seguimiento de la Ley de transparencia y de acceso a la información pública a nivel institucional</u>, el apoyo a la formulación y seguimiento de los planes institucionales, la implementación y la actualización y sostenibilidad de la documentación de los procesos del Sistema de Gestión. (Subrayado fuera de texto)

**Procedimiento para garantizar el acceso a la información pública con criterio diferencial a la población étnica que habla lenguas distintas al castellano:**

De la verificación realizada la *Caracterización de Usuarios 2024* y al *Manual de Servicio al Ciudadano* de la entidad, así como las recomendaciones de la *Guía para garantizar el acceso a la información pública de las minorías indígenas, grupos étnicos y culturales del país, y de las personas en condición de discapacidad*[20] de la Procuraduría General de la Nación, se observa en el *Manual de Servicio al Ciudadano* de la entidad, el establecimiento del *Protocolo de Atención con Enfoque Diferencial*, en el cual se especifican las recomendaciones para la atención a personas pertenecientes a grupos étnicos.

**Directrices de accesibilidad web dispuestas en la resolución 1519 de 2020 anexo 1:**

De acuerdo al resultado de la auditoría al proceso de Comunicaciones 2024 (20241100122313) se evidencia que la implementación de las directrices de accesibilidad web tuvo un nivel de avance del 95.83%.

Se identificaron cumplimientos parciales de los siguientes criterios:
- CC1. Alternativa texto para elementos no textuales.
- CC28. Manejo del error.

**Diseño de instrumentos de gestión de la información pública:**

La entidad ha diseñado los siguientes instrumentos conforme lo evidenciado en los *Informes de Seguimiento Implementación y Sostenibilidad Ley de Transparencia* realizados durante la vigencia.

✓ Tablas de Retención Documental.
✓ Índice de Información Clasificada y Reservada.
✓ Registro de Activos de Información.
✓ Esquema de Publicación de Información.
✓ Programa de Gestión Documental.

**Gestión Documental y Administración de Archivos:**

Conforme lo evaluado en la auditoría interna al Proceso Gestión Documental 2023 expediente 202311000500100001E y al Seguimiento a la planeación institucional 2024 Radicado 20241100111783, se evidencio lo siguiente:

✓ El plan institucional de archivos PINAR fue publicado en el portal web de la entidad https://fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/pinar?field_fecha_de_emision_value=All&term_node_tid_depth=283

[20] https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/docs/GUIADECRITERIODIFERENCIAL%281%29.pdf?utm_source=chatgpt.com

- ✓ El Plan Institucional de archivos PINAR para la vigencia 2024, aplica a los servidores públicos y contratistas de la entidad, tienen cubrimiento a la producción documental análoga y electrónica de la Fundación, la cual se armoniza con los lineamientos del Modelo Integrado de Gestión – MIPG.
- ✓ Las actividades de seguimiento al presente Plan Institucional de archivos PINAR se realizarán semestralmente mediante el diligenciamiento del formato del SIG PN-FTPL-06, titulado 'Plan de Acción para la Formulación, Seguimiento y Monitoreo de Planes Institucionales y Estratégicos' de conformidad a los lineamientos del proceso de planeación. Adicionalmente el reporte de los avances, se presentarán ante el Comité Interno de Archivo
- ✓ El Programa de Gestión Documental – PGD se diseña, desarrolla y armoniza con otros sistemas administrativos y de gestión, con los documento diseñados y adoptados en el Sistema de Gestión de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño - FUGA, por tanto, la adopción del presente Programa de Gestión Documental – PGD, compromete a las dependencias de la Fundación a actualizar y armonizar la caracterización de sus procesos, procedimientos, guías y formatos.
- ✓ Este instrumento ha sido aprobado por el Comité de Dirección de la Fundación el día 22 de diciembre de 2022, publicado en la página web institucional https://fuga.gov.co/sites/default/files/2023-04/programa-de-gestion-documental-2023-2026%20%281%29.pdf.
- ✓ El seguimiento y control en el cumplimiento de este programa estará a cargo de la Subdirección de Gestión Corporativa, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno; el cual estará alineado con el Plan Estratégico institucional.
- ✓ El Programa de Gestión Documental está articulado con el Plan Institucional de Archivos –PINAR.
- ✓ El Programa de Gestión Documental PGD se evaluó teniendo en cuenta el cronograma de actividades y seguimiento previsto para la vigencia 2024. Radicado 20242300121553.
- ✓ La implementación del SIC consiste en la apropiación de buenas prácticas de conservación y prevención alineadas con la Política de Gestión Documental, el Plan Institucional de Archivos – PINAR y los procedimientos del proceso de gestión documental, para asegurar la integridad física y funcional de la documentación garantizando la conservación y preservación de la memoria institucional de la Fundación Gilberto Álzate Avendaño.
- ✓ Se garantizó la implementación del Programa de Gestión Documental -PGD, mediante el Programa de Documentos Vitales o Esenciales, Programa de Archivos Descentralizados, Programa de Normalización de Formas y Formularios Electrónicos, Programa de Capacitación en Gestión Documental, Programa de Gestión de Documentos Electrónicos – PGDE, Programa de Reprografía, Programa de Auditoría y Control, Programa de Documentos Especiales.
- ✓ Para la implementación del Programa de Gestión Documental -PGD se adoptaron decisiones a través del Comité Institucional de Gestión y Desempeño o Comité de Archivo.
- ✓ Se realizó seguimiento y control de los riegos asociados a la gestión documental, acorde con los lineamientos internos y externos, con el fin de cumplir el objetivo del proceso.
- ✓ Se evidencia que el Comité Directivo-Gestión y Desempeño subsumió el Comité Interno de Archivo, por lo cual, en sesiones de los meses de enero, mayo, julio, agosto, septiembre, noviembre y diciembre de 2024, se trataron temas de Gestión Documental, cumpliendo lo establecido en la Resolución 112 de 2019 Artículo 28. Periodicidad de las sesiones del comité.

Sin embargo, no se evidencia para la vigencia 2024:

- La implementación integral de documentos electrónicos y archivos descentralizados ni del sistema de conservación.
- Aún no se ha culminado el proceso de transferencias en la FUGA.

**<u>Política de Gestión Documental:</u>**

- ✓ La política vigente se encuentra publicada en la página web de la entidad (https://www.fuga.gov.co/sites/default/files/2022-11/gd-po-01-politica-gestion-doc-v4-05102022.pdf) y en la intranet (http://intranet.fuga.gov.co/sites/default/files/gd-po-01_politica_gestion_doc_v4_05102022.pdf), se evidencia el documento Política de Gestión Documental (Código GD-PO-01 - Versión 4) del 05/10/2022.
- ✓ La política fue aprobada por Comité Interno de Archivo. Sesión de 22 de septiembre de 2022. Radicado 20222000091483
- ✓ Para vigencia del 2024 no se realizó auditoria al proceso de Gestión Documental, el cumplimiento de los requisitos internos y externos asociados al Proceso y la identificación de las oportunidades de mejora se evaluó en auditoría interna en el 2023. Expediente 202311000500100001E.

**<u>Presupuesto dentro de la planeación estratégica de GD:</u>**

- ✓ El Programa De Gestión Documental PGD proyectado hasta el 31 de diciembre de 2026 se encuentra en el link https://www.fuga.gov.co/sites/default/files/2023-04/programa-de-gestion-documental-2023-2026%20%281%29.pdf, en el cual se definió que la Subdirección de Gestión Corporativa a través del Plan Estratégico para el cumplimiento de las actividades, metas y objetivos relacionados a los instrumentos de la Gestión Documental asignó el presupuesto mediante el proyecto 7760 *"Modernización de la Arquitectura Institucional de la FUGA*":

| | |
|---|---|
| 3399061 - Servicio de implementación del Sistema de Gestión | 200.800.000 |
| implementar 100.00 % de la estrategia de comunicaciones que garantice el posicionamiento de la imagen institucional de la entidad | 200.800.000 |
| 3399065 - Documento para la planeación estratégica en TI | 1.918.824.000 |
| Generar 155 contenidos audiovisuales para la promoción del centro, a través de alianzas interinstitucionales con medios de comunicación de la ciudad. | 142.649.000 |
| Implementar 100.00 % de las actividades del plan de trabajo para la implementación de las Políticas de Gestión y Desempeño articulado con el Sistema de Gestión. | 1.776.175.000 |
| 3399064 - Servicios tecnológicos | 442.220.000 |
| Adquirir 100.00 % de bienes y servicios relacionados con infraestructura tecnológica de la entidad. | 239.359.000 |
| Implementar 90.00 % de la política de Gobierno Digital. | 202.861.000 |
| 3399011 - Sedes adecuadas | 896.156.000 |
| Efectuar 90.00 % de las actividades de mantenimiento, dotación de elementos, adecuaciones y apoyo para la conservación de la Infraestructura y bienes. | 896.156.000 |

- ✓ El presupuesto inicial del Plan de Conservación Documental, a partir de los recursos requeridos para la ejecución de cada uno de los programas, establecidos en el cronograma de actividades para la vigencia 2024. Radicado: 20232300128223.

  - Proveedor Almacenamiento y Custodia Documental: $ 62.476.600
  - Panamericana Librería y Papelería S.A.: $ 5.000.000

- ✓ Contratación personal para gestión documental: $146.241.890,00. Contratos FUGA-50-2024, FUGA-52-2024, FUGA-73-2024, FUGA-147-1024, FUGA-185-2024, FUGA-228-2024
- ✓ Servicios de custodia: Contrato FUGA - 245 – 2024 celebrado con Tándem $49.010.609.
- ✓ Para la vigencia 2024 no se requirió la contratación de Infraestructura tecnológica. El último contrato vigente fue correspondiente a FUGA-60-2020 celebrado con Ingeniería De Sistemas Telemáticos S.A por valor de $3.803.279. Tiene acta de liquidación bilateral de 1 de julio de 2022. Mediante la Resolución No. 36 de 2025 se ordenó la apertura del proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía No. FUGA-SAMC-103-2025 que tiene como objeto *"Adquirir un dispositivo Firewall y su licencia para fortalecer los controles de seguridad que tiene la entidad"*
- ✓ El contrato de mensajería estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 2023 por valor de $8.336.000. Acta de liquidación 06 de febrero de 2025. Para la vigencia 2025 está vigente el contrato FUGA-102-2025 que tiene como objeto *"Prestar el servicio de mensajería expresa y/o especializada que enmarca la entrega personalizada, el transporte y la distribución de documentos de acuerdo a los requerimientos de trámite de la correspondencia remitida por la Fundación Gilberto Álzate Avendaño*". Por valor de $ 3.000.000
- ✓ Dentro del proceso de gestión documental se realizaron capacitaciones frente a los siguientes temas
  - Inducción y Reinducción: Gestión Documental y Atención al Ciudadano - Charla sobre el proceso de servicio al ciudadano, Socialización del Manual de servicio a la ciudadanía, responsabilidades de los servidores públicos frente a los derechos de petición y calidad de las respuestas.
  - Convocatoria a realizar curso virtual de transversalización del enfoque de género y conceptos básicos del trazador presupuestal ofertado por la Secretaria Distrital de la Mujer.
  - Taller en lengua de señas dirigido a los servidores públicos de todos los niveles.
  - Capacitación en lengua de señas para el grupo de atención al ciudadano.

**<u>Acciones para implementar la política de gestión del conocimiento y la innovación:</u>**

De acuerdo a la información publicada en la intranet de la entidad se observa:

- ✓ La creación del equipo de Gestión de Conocimiento y la innovación FUGA, a través de la Circular 025 de 2020. La circular establece adicionalmente los compromisos del equipo.
- ✓ Definición del Plan de Acción Gestión del Conocimiento y la Innovación 2024, en el cual se evidencian 8 actividades vinculadas a los componentes de planeación, innovación, investigación, herramientas para uso y apropiación y cultura de compartir y difundir.

Sin embargo, no se evidencia para la vigencia 2024:

- Formulación de una planeación estratégica basada en el análisis del estado de implementación de la política y del contexto organizacional.
- Implementación de la planeación estratégica definida para la vigencia.
- Seguimiento y evaluación a los resultados obtenidos a través de la ejecución en la planeación estratégica definida para la vigencia.

**Implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación:**

En entrevista realizada el 28 de abril al proceso auditado, la oficina Asesora de Planeación informó:

- ✓ El liderazgo de la implementación de la política se define en la circular 025 de 2020 en el ítem compromisos: "Compromisos del equipo de gestión del conocimiento y la innovación en la Fundación Gilberto Álzate Avendaño: 1. Gestionar las actividades relacionadas con la ejecución de los activos de conocimiento identificados y priorizados por la entidad. 2. Liderar institucionalmente las actividades de implementación de la política de Gestión del Conocimiento y la innovación.
- ✓ El equipo de trabajo se conformó a través del cumplimiento de las obligaciones de los contratos FUGA-32-2024 y FUGA-91-2024 que sumaron $42.000.000 millones con el objeto coordinar y apoyar la implementación de las políticas de Gestión de Conocimiento e Innovación, respectivamente.

Sin embargo, no se evidencia:

- Los espacios físicos destinados al desarrollo de acciones para la gestión del conocimiento y la innovación pública.
- No se evidencia la manera como se describe la cultura organizacional de la gestión del conocimiento y la innovación.
- No fue posible la revisión de los mecanismos con los que cuenta la Entidad para identificar las necesidades de investigación relacionadas con temas estratégicos o misionales.
- En la vigencia 2024 no se realizó monitoreo de Indicadores y resultados y retroalimentación para la Mejora Continua.
- No se han documentado, sistematizado y evaluado las acciones de gestión e innovación en la Entidad.

La evaluación FURAG que respondió la Entidad para la vigencia 2024 no es coherente con lo anteriormente expuesto; por lo tanto, se constituye el hallazgo No 3.

**Procesos de innovación 2024:**

En entrevista realizada el 28 de abril al proceso auditado, frente a la Política de Gestión del Conocimiento y procesos de innovación se informa lo siguiente:

- ✓ La Entidad se cuenta con diagnóstico del conocimiento realizado durante proceso de re - formulación del plan de acción de GESCO: https://intranet.fuga.gov.co/politica-gestion-del-conocimiento-y-la-innovacion y el Autodiagnóstico MIPG Institucional, realizado en 2021.No se revisado ni actualizado en el periodo auditado.

- ✓ El equipo de Gestión de Conocimiento y la innovación FUGA en el 2024 estuvo conformado por tres contratistas que hacen parte de la OAP y conto con la infraestructura tecnológica de pandora:

  - FUGA-32-2024 Juana Yadira Osorio Merchan. Expediente 202413002000900030E.
  - FUGA-91-2024 Charles Erasmo Daza Malagón. Expediente 202413002000900113E.
  - FUGA-218-2024 Andrés Mauricio Cepeda Triana. Expediente 202413002000900242E.

Sin embargo:

- No es claro cómo se hizo la transferencia de conocimiento y entrega de roles y responsabilidades frente a los procesos de innovación, teniendo en cuenta que los contratistas mencionados ya no se encuentran vinculados a la FUGA.
- Si bien se encuentra publicado el plan de acción 2024 de gestión del conocimiento que incluye las metas e indicadores link https://intranet.fuga.gov.co/politica-gestion-del-conocimiento-y-la-innovacion, no se evidencia seguimiento al mismo.

Desde la OAP se mencionaron las siguientes actividades desarrolladas en 2024:

- ✓ Se contó con los resultados de las investigaciones que fueron socializados con la ciudadanía a través de la página WEB https://www.fuga.gov.co/publicaciones. También se tiene un repositorio de investigaciones internas en el servidor de la entidad: \\192.168.0.34\Seg Proyectos de Inversión PDD-BCS 2024-2027\2024\Sub_Artística\7926\1. Meta 850 actividades\4. Actividades de la colección de arte\Investigaciones.
- ✓ Procesos de innovación en la Fuga 2024: Talleres de contexto estratégico: https://drive.google.com/drive/folders/1ap6jcaI0nN4QBXwcsxc5DCNG78coALIS?usp=drive_link a, desarrollos en la plataforma Pandora.
- ✓ En 2024 se adelantó en conjunto con la OAP y TH un instrumento para iniciar un inventario y actualización del conocimiento tácito y explícito: https://drive.google.com/file/d/1WtIrHiJr6OXEvt671V3b4cr4RlM4l9xm/view?usp=sharing
- ✓ https://docs.google.com/spreadsheets/d/1cLrFvpId62EJl3OWj7QQM3CGnTTNNeLy/edit?usp=sharing&ouid=110353031619272572326&rtpof=true&sd=true
- ✓ La entidad realiza laboratorio de cocreación en el antiguo bronx de Bogotá, particularmente en la esquina redonda: \\192.168.0.34\Seg Proyectos de Inversión PDD-BCS 2024-2027\2024\Sub_Centro\PROYECTO 7925-IMAGINARIOS\META 2_ESQUINA REDONDA\2024
- ✓ Las investigaciones realizadas con agentes externos como ganadores de las convocatorias de investigaciones: https://www.fuga.gov.co/publicaciones. Asimismo, la entidad cuenta con contratistas que dentro de sus obligaciones realizan algunas investigaciones: Expedientes de Orfeo 202413002000900160E Obligación 9 y 202413002000900048E obligación 10.

También se mencionaron como acciones para preservar y compartir el conocimiento de los servidores públicos las siguientes:

- Uso de repositorios de información en servidor de la entidad:\\192.168.0.34\Seg Proyectos de inversión PDD-BCS 2024-2027\2024
- Implementación de tableros de información en Pandora.
- Se realizó propuesta de informe de actividades de retención del conocimiento. https://docs.google.com/document/d/1ZdWTjObKlksJ5fUFOK4puijxWTxcVoDr/edit?usp=sharing&ouid=110353031619272572326&rtpof=true&sd=true

Sin embargo, no es clara la implementación de la política institucional con esta acción.

La OAP resalta los siguientes logros en 2024:

- Se validó la calidad y aplicación de las herramientas de uso y apropiación mediante evaluaciones del sistema y de la seguridad en Pandora.
- Se han implementado herramientas de Apropiación y Analítica Pública como i) Pandora, que cuenta con un módulo de aprovechamiento de datos y un Módulo para el seguimiento al presupuesto y a los proyectos de inversión, ii) Intranet que funciona como repositorio, iii) investigaciones y estudios, iv) publicaciones de datos abiertos.
- Para la transferencia, socialización y apropiación del conocimiento se desarrolló en 2024 la estrategia de apropiación de pandora, porque se aportó a la transferencia como resultado de investigaciones.
- La Fuga colaboró con otras entidades para la producción y generación de datos, información, investigaciones, desarrollos tecnológicos y documentos en 2024, por medio del plan estadístico distrital, operaciones estadísticas que se adelanta con la Secretaria de planeación. También el Convenio con otras entidades para el desarrollo del software del sistema pandora.
- La Cultura de Compartir, Comunicar y Transformar se ha implementado mediante publicaciones en la página web y en todos los medios informativos con los que cuenta la entidad, en pandora, la intranet, los procesos de talento humano vinculación y desvinculación de servidores públicos, en los contratos suscritos y mediante correos electrónicos de socializaciones a los funcionarios.

Sin embargo, no es clara para la transferencia, socialización y apropiación del conocimiento se desarrolló en 2024 la estrategia de apropiación de pandora, porque se aportó a la transferencia como resultado de investigaciones. Tampoco es claro cómo se han desarrollado estas acciones y su efectividad en cumplimiento de la política, si actualmente los módulos no se encuentran funcionando adecuadamente.

No se presentan evidencias específicas que permitan evaluar la cultura de Compartir, Comunicar y Transformar mencionada y su efectividad.

En el diligenciamiento al formulario FURAG desde la OAP se señaló:

- Se identificó y analizó el estado de la implementación de la política a través de herramientas e instrumentos.
- Se Conformó un equipo de trabajo para liderar la implementación de la política.
- Se Dispuso de infraestructura tecnológica para desarrollar la gestión del conocimiento y la innovación: repositorios, micrositio, software para analítica institucional, conectividad.

- Se realiza capacitación a los servidores para fortalecer sus capacidades de gestión innovadora. Inducción y sensibilizaciones.
- Se evidencia el desarrollo de mesas, talleres o espacios de análisis, ideación, co-creación.

  Sin embargo, no se encuentran evidencias para validar no solo la ejecución, sino su efectividad frente a la implementación de la política.

Adicionalmente, se encuentran las siguientes debilidades:

- No se evidencia el análisis del contexto organizacional para la implementación de la política, teniendo en cuenta las personas, procesos y tecnologías con las que cuenta la entidad actualmente.
- No se evidencia acciones para implementar la política.
- No se cuenta con espacios físicos destinados al desarrollo de acciones para la gestión del conocimiento y la innovación pública.
- No se evidencia documentación, sistematización o evaluación de las experiencias de gestión e innovación en la Fuga.

Conforme lo anterior, se configura el hallazgo No 4 por el cumplimiento parcial de lo dispuesto en 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*" y lo dispuesto en MIPG. Dimensión 6. Gestión del Conocimiento y la Innovación e incumplimiento de las actividades dispuestas Plan de acción Gestión del conocimiento y la innovación 2024 V1.

**<u>Política de administración del riesgo de la entidad:</u>**

La política vigente se encuentra publicada en la página web de la entidad en el link chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://fuga.gov.co/sites/default/files/2025-03/GM-PO-01%20Politica_de_Administracion_del_Riesgos%20V5%20%281%29.pdf. La versión 5 fue aprobada el 20 de agosto de 2024 en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno CICCI, acta radicado Orfeo 20241100092923.

- ✓ El documento establece objetivo y alcance.
- ✓ Incluye los niveles para calificar la probabilidad, impacto y los niveles de severidad.
- ✓ Establece los niveles de responsabilidad.
- ✓ Establece la periodicidad del seguimiento; sin embargo, esta no está relacionada con los niveles de riesgo residual.
- ✓ Contempla los lineamientos en materia de riesgos de corrupción y de seguridad de la información.

Sin embargo, en la vigencia 2024:

- No es claro si la política analizó todos los planes estratégicos de la entidad, principalmente teniendo en cuenta que la versión actualizada se emitió previo al plan estratégico que con corte a marzo 2025 no se encontraba formulado.

- No se evidencian lineamientos para los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo y ambiental.

**Identificación de riesgos:**

Para identificar los riesgos de la FUGA se consideraron los siguientes aspectos:

✓ El objetivo y alcance de los procesos analizados.
✓ Las actividades clave de éxito de los procesos analizados.
✓ La cadena de valor de los procesos analizados para entender su impacto en otros procesos y productos.

- No es claro si se consideraron los factores de riesgo prioritarios o principales para la entidad definidos en la política de administración del riesgo.
- Si bien se consideraron los objetivos estratégicos, no es claro el enlace con los objetivos de proceso actualizados.

**Descripción de riesgos:**

La descripción de los riesgos en la Entidad incluye:

✓ Las causas teniendo en cuenta los factores de riesgo identificados.
✓ La afectación económica y/o reputacional a la Entidad.
✓ Información complementaria que establece los atributos informativos necesarios para la comprensión del riesgo por parte de todos los participantes e interesados en el proceso

**Valoración de riesgo:**

Para los riesgos identificados en cada proceso:

✓ Se les analizó de manera completa su probabilidad de ocurrencia.
✓ Se les analizó de manera completa su efecto o impacto.
✓ Se les estableció su zona de riesgo inherente.

**Mapa de riesgos institucional:**

El mapa de riesgos institucional incluye:

✓ Riesgos generales de la operación del proceso.
✓ Riesgos asociados a posibles actos de corrupción.
✓ Riesgos relacionados con seguridad de la información.

- Los riesgos específicos de seguridad y salud en el trabajo no se encuentran vinculados al mapa de riesgos institucional.

**Materializaciones de riesgos:**

Para el análisis de eventos se ha evidenciado que se captura información a partir de:

- ✓ Mesa de ayuda de tecnología a nivel interno.
- ✓ Las PQRD (peticiones, quejas, reclamos, denuncias).
- ✓ Información del área o proceso de atención al usuario.
- ✓ Oficina jurídica.
- ✓ Líneas internas de denuncia.

- No son claros los mecanismos internos establecidos por cada líder de proceso para detectar y reportar materializaciones.

**Instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional:**

De acuerdo con lo establecido en la política de administración del riesgo, se han identificado las instancias responsables del seguimiento y monitoreo, en la Tabla 1 Niveles de Responsabilidad Líneas de Defensa.

**Controles para reducir o mitigar riesgos:**

En cuanto al diseño de controles la OCI ha verificado que cuentan con los siguientes aspectos:

- ✓ Un responsable de la ejecución del control, que permite validar la efectividad del mismo.
- ✓ La definición de una acción específica que se debe realizar como parte del control.
- ✓ Un complemento que corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control

Sin embargo, en los seguimientos que realizó la OCI en la vigencia 2024 recomendó:

- Establecer controles efectivos y eficaces asegurando que cumplen su propósito de mitigar causas y evitar la materialización de riesgos.
- Asegurar que se implementan los controles tal como están definidos en la matriz de riesgos y los procedimientos vigentes o ajustarlos acorde a la realidad institucional.
- Un análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de impacto, con el fin de estimar la zona de riesgo inherente, y poder determinar los controles aplicables, acorde con las causas definida y determinar la zona de riesgo residual.

**Seguimiento y monitoreo a los controles:**

- ✓ Si bien se ejecutaron los controles, algunos no se ejecutaron tal y como fueron diseñados.
- ✓ Se aplicaron la mayoría de los controles de acuerdo con las actividades llevadas a cabo.
- ✓ Se tuvieron en cuenta cambios en el proceso y recomendaciones de la OCI para establecer mejoras a los controles existentes.

- ✓ Se hizo seguimiento a los riesgos asociados a posibles actos de corrupción, fraude, lavado de activos y financiación del terrorismo.

**Seguimiento y monitoreo a los controles segunda línea de defensa:**

La oficina asesora de planeación como segunda línea de defensa ha desarrollado las siguientes actividades:

- ✓ Adelantó seguimiento y análisis periódico a la información reportada por la primera línea en relación con la aplicación de los controles (diferente al seguimiento de la tercera línea).
- ✓ Se generaron recomendaciones a los líderes de procesos (primera línea de defensa) para la mejora en la identificación de los riesgos y la efectividad de los controles aplicados.
- ✓ Se llevaron a cabo ejercicios de asesoría y acompañamiento a los líderes de proceso.
- ✓ Se planearon y desarrollaron acciones para mejorar la gestión del riesgo institucional y en especial el diseño de controles por parte de los líderes de proceso.

- Sin embargo, no se presentaron alertas a la alta dirección sobre retrasos, incumplimientos, eventos materializados u otras situaciones críticas que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

**Estructura para establecer la forma como circula la información a través de la entidad y su efecto en el proceso contable:**

Conforme se evidenció en el *Informe Evaluación del Sistema de Control Interno Contable* con corte a diciembre de 2024 (20251100027013), la estructura se encuentra establecida en los documentos SIG del proceso de Gestión Financiera, específicamente en la Caracterización, el Manual de Políticas Contables, el Instructivo de Elaboración de Estados Financieros, los procedimientos Gestión Contable, Ingresos, Pagos, Inversiones, Presentación de Obligaciones Tributarias tanto distritales como nacionales y en los procedimientos transversales de Liquidación de Nómina y Prestaciones Sociales y Manejo y Control de Bienes.

También se establecen responsables, plazos e información a reportar en el Cronograma de Informes y Reportes y en el Plan de Sostenibilidad Contable. (Criterio 3 del informe)

**Estado de los procedimientos contables al cierre de la vigencia:**

De lo evidenciado en el *Informe Evaluación del Sistema de Control Interno Contable* con corte a diciembre de 2024 (20251100027013), los documentos del proceso de Gestión Financiera que incluye la gestión contable, se encontraban documentados y con excepción del Manual de Políticas Contables, se encontraban actualizados al finalizar la vigencia.

**Estructura del proceso contable:**

De lo evidenciado en el *Informe Evaluación del Sistema de Control Interno Contable* con corte a diciembre de 2024 (20251100027013), se observa que la estructura establecida para el proceso contable le ha permitido a la entidad:

- ✓ Contar con los niveles de autoridad y responsabilidad para su ejecución.
- ✓ Ejecutar la política de depuración contable de manera permanente y asegurar la calidad de la información
- ✓ Tener individualizados en la contabilidad los bienes, derechos y obligaciones.
- ✓ Adelantar periódicamente conciliaciones y cruces de saldos entre las áreas de presupuesto, contabilidad y tesorería, así como con las demás áreas y/o procesos.
- ✓ Tener identificados los procesos que generan transacciones, hechos y operaciones financieras, constituyéndose en proveedores de información del proceso contable.
- ✓ Tener identificados los productos de los demás procesos que se constituyen en insumos del proceso contable.

Sin embargo, se evidenciaron oportunidades de mejora frente a:

- Ejecutar la política contable mediante la cual las transacciones, hechos y operaciones realizados en cualquier dependencia de la entidad son debidamente informados al área contable.
- Contar con los soportes documentales de los registros contables, debidamente organizados y archivados de conformidad con las normas que regulan la materia.

Conforme lo expuesto anteriormente sobre la evaluación de la implementación de MIPG - FURAG, en términos generales se recomienda:

- Cumplir de manera integral los criterios establecidos para cada componente, de acuerdo con sus requisitos particulares.
- Teniendo en cuenta las diferencias evidenciadas frente a lo reportado por la 1ª. Línea y la evaluación realizada por la 3ª. Línea, se recomienda revisar y responder de manera objetiva el cuestionario FURAG, de tal manera que su resultado permita la mejora continua a través de decisiones alertas y decisiones oportunas.
- Revisar las recomendaciones y retroalimentación de la OCI e implementar las acciones que se consideren pertinentes con el fin de mejorar el resultado de la evaluación en FURAG.
- Si bien en todos los criterios evaluados en FURAG no se exige la referencia a las evidencias, se recomienda documentar el cumplimiento reportado y garantizar que las evidencias sean coherentes con el criterio requerido.

## 2. Evaluación Plan MIPG formulación y ejecución:

La Oficina de Control Interno evaluó la formulación del plan 2025 y ejecución de las acciones programadas para la vigencia 2024 en cada uno de los componentes. Se resalta que primera y segunda línea de defensa realizaron el seguimiento y monitoreo del programa, midiendo los indicadores propuestos.

En la entrevista realizada al equipo auditado el 29 de abril se indicó que:

- ✓ En junio se hizo cierre del plan MIPG que se venía trabajando de la vigencia anterior, dado que la mayoría de las actividades se habían cumplido.

- ✓ Con los resultados y observaciones obtenidos en la medición del Furag, se formularon actividades en el plan MIPG para subsanar los incumplimientos y falencias. Acta Comité Directivo cierre Plan MIPG - ORFEO 20241200058723 y Acta Comité Directivo aprobación Plan MIPG 2024 - 2025 - ORFEO 20241200094083.
- ✓ Cada líder del proceso realiza seguimiento del MIPG como primera línea y como segunda línea de defensa por la Oficina Asesora De Planeación, el cual se puede evidencia en el link https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1KWKky4TBG3euYBtnt0McLpY_LatMvlZV
- ✓ Hay una medición en MIPG que se hace por parte de servicio al ciudadano, en cuanto a la satisfacción de la ciudadanía.
- ✓ El modelo MIPG, de acuerdo a sus dimensiones y políticas, genera interacción con el ciudadano, que se justifica con las encuestas de satisfacción. Las encuestas permiten identificar puntos críticos, oportunidades de mejora, y necesidades de los grupos de valor, los cuales aportan al fortalecimiento de las dimensiones MIPG tales como: Gestión con Valores para Resultados, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico y Planeación.
- ✓ En el plan MIPG actividad 31 se estableció incluir en los ejercicios de rendición de cuentas la temática de los acuerdos de paz con fecha máxima de ejecución 30 de junio de 2025. En la intervención de la Directora se incluyó el tema de víctimas.

Se verificó el plan ejecutado en la vigencia 2024 y se encontró que de 14 actividades planeadas para la vigencia se ejecutaron 7 actividades conforme estaban formuladas, 3 actividades se cumplieron de manera parcial y dos no se cumplieron según el plan aprobado. **Ver anexo 1: Seguimiento MIPG 2024.**

Sobre la formulación del plan MIPG 2024-2025 V35 se evidenció que se formularon 40 actividades, 35 actividades planeadas para su ejecución en 2025, observándose:

- Se mantiene la actividad relacionada con validar el cumplimiento de los estándares mínimos del SGSST en dos mesas de trabajo; sin embargo, no se relaciona como fuente de información objetiva la auditoría programada sobre el sistema.
- En la actividad “definir acciones de articulación con la ARL, para asesorías y asistencias técnicas para la intervención de factores psicosociales” no es claro a qué hace referencia el verbo definir y su relación con el producto entregable.
- Se mantiene la actividad “Realizar el cierre de los contratos en el sistema SECOP II, una vez cumplidas las obligaciones contractuales y post-contractuales” en la vigencia 2025, no es claro su alcance teniendo en cuenta que no se cumplió y no se reportó seguimiento de la primera línea de defensa en la vigencia 2024.
- En la actividad “Identificar actividades que permitan el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el decreto 1263 de 2022 en cuanto a los proyectos de transformación digital” no es claro a qué hace referencia el verbo identificar y su relación con el producto entregable.
- En la actividad “Buscar dentro de la oferta distrital (defensa jurídica https://www.defensajuridica.gov.co/Paginas/Home.aspx), programas de capacitación para el grupo de personas que intervienen en la defensa jurídica y proponer la participación de los mismos” no es claro a qué hace referencia el verbo buscar y su relación con el producto entregable.
- La actividad relacionada con fortalecer las causas de riesgos hace referencia exclusivamente a posibles actos de corrupción; sin embargo, el producto y el indicador hacen referencia a los riesgos tanto de corrupción como

de gestión y no se cumplió en su totalidad en la vigencia 2024, pero no se modifica para 2025 a pesar de lo señalado en los seguimientos.

- Se estableció la actividad "Definir y presentar ante el Comité Directivo, un plan de gestión del conocimiento para la FUGA" sin embargo, teniendo en cuenta las debilidades identificadas sobre el tema no se prioriza en el I semestre 2025.
- No se evidencian actividades relacionadas con la caracterización de usuarios y partes interesadas, la actualización del plan de acción - plan estratégico institucional, el rediseño institucional, arquitectura empresarial, indicadores de gestión y registro de funcionarios en SIGEP, temas identificados por la OCI con oportunidades de mejora.

En términos generales se recomienda revisar la coherencia de las actividades formuladas vs. El producto/entregable, el indicador y la frecuencia establecida. Adicionalmente, se recomienda incluir en el plan MIPG las acciones relacionadas con las oportunidades de mejora evidenciadas en el presente informe y las incumplidas o con oportunidades de mejora del plan 2024.

## 3. Verificación documentación del proceso:

### 3.1. Política Administración de Riesgos:

Conforme lo expuesto en la política vigente correspondiente a la Versión 5 y los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, del Departamento Administrativo de la Función Pública; se observa:

- ✓ La política define de manera clara la declaración de la dirección y su articulación con MIPG dando cumplimiento a la guía del DAFP y lo establecido en la norma técnica NTC-ISO 31000 Numeral 2.4.
- ✓ Fue establecida en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno CICCI bajo el liderazgo de la representante legal y revisada por los miembros de la Alta Dirección.
- ✓ El alcance define de manera clara su aplicabilidad a todos los procesos de la entidad y articula con la gestión de riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad de la información; no obstante, en este último no se hace referencia a la articulación con lo definido en el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).
- ✓ Como metodología se adopta la establecida por el DAFP (numeral 6).
- ✓ En la Tabla 1 se definen los Niveles de Responsabilidad y Líneas de Defensa.

Sin embargo, en la vigencia 2024:

- No es clara la alineación de la política con los objetivos estratégicos institucionales.
- No es claro si la política analizó todos los planes estratégicos de la entidad, principalmente teniendo en cuenta que la versión actualizada se emitió previo al plan estratégico que con corte a marzo 2025 no se encontraba formulado.
- El alcance hace referencia a los riesgos asociados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Gestión Ambiental, Riesgos de Contratación y los riesgos asociados a Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT; sin embargo, la política no establece las herramientas institucionales para administrarlos y no todos los riesgos están en el mapa de riesgos institucional.

- Si bien se define la periodicidad para el monitoreo, revisión y seguimiento en el numeral 6.3 de la política, en la vigencia 2024 no se evidencia que se haya realizado análisis y definición de mejoras En el expediente Orfeo 202410000200800001E que contiene las actas de comité directivo, solo se menciona en febrero aprobación del plan de trabajo riesgos y en septiembre la consolidación del reporte y retroalimentaciones de la segunda línea de defensa.
- No se evidencia la determinación institucional sobre capacidad, apetito y tolerancia para los riesgos institucionales identificados.
- No se evidencian lineamientos específicos para los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo y ambiental.

**Implementación - Mapa de Riesgos Institucional:**

La OCI realizó seguimiento al mapa de riesgos de gestión (por procesos) vigente. Los resultados detallados se encuentran en el **Anexo 2: Seguimiento Mapa de Riesgos 2024.** A continuación, se presentan las principales observaciones:

- ✓ Se determinan causas raíces en cada riesgo identificados y controles.
- ✓ En el Análisis y Evaluación de todos los riesgos se evidencia la calificación del impacto y la probabilidad siguiendo la metodología DAFP.
- ✓ Se presentó monitoreo de primera y segunda línea de defensa dando cumplimiento a lo establecido en la política de administración del riesgo y se hace referencia a los componentes establecidos.
- ✓ Con corte a diciembre 2024 no se reportaron materializaciones de los riesgos identificados en el mapa de riesgos institucional.

- En los seguimientos y monitoreos de primera y segunda línea de defensa no se evidencia la articulación con los resultados de los informes que emite la OCI.
- No se han establecido para todos los riesgos controles efectivos y eficaces asegurando que cumplen su propósito de mitigar causas y evitar la materialización de riesgos.
- No se implementan todos los controles tal como están definidos en la matriz de riesgos y los procedimientos vigentes.
- Varias acciones del plan de tratamiento se cumplieron en las vigencias 2022 y 2023, pero se mantienen en el mapa de riesgos 2024-2025.
- Varias acciones del plan de tratamiento no están relacionadas con las causas de riesgos identificadas y no permiten mejorar los controles existentes.
- Se presentan debilidades generales en la aplicación de la metodología establecida en la Entidad para el seguimiento desde segunda línea de defensa y la retroalimentación que se brinda a primera línea de defensa.
- No se evidencia en los cambios de versión, los ajustes y actualizaciones que se realizan a los riesgos.

**Si bien se cumple la política de administración de riesgos institucional, se presenta una alerta por debilidades metodológicas en su implementación.** En términos generales se recomienda hacer una revisión general de los riesgos vigentes, identificar las afectaciones económicas o reputacionales acordes con la realidad institucional y desde ahí hacer los ajustes necesarios para implementar una administración de riesgos efectiva en la FUGA.

### 3.2. Procedimiento Plan de Mejoramiento:

La validación se realiza conforme lo establecido en el Procedimiento Plan de Mejoramiento Código GM-PD-01 Versión 7:

| Actividad | C (Cumple)<br>NC (No cumple)<br>CP (Cumple Parcialmente | Observaciones |
|---|---|---|
| Política de Operación 1. La formulación de las acciones correctivas y/o de mejora se debe realizar de acuerdo a las herramientas y técnicas definidas por la entidad, y con estricta aplicación del método de análisis de causas, empleado el formato "GM-FT-01Acción correctiva y-o de mejora (ACM)" con el fin de tomar acciones apropiadas para eliminar la causa raíz de los hallazgos y prevenir su ocurrencia | NC | Teniendo en cuenta que no está en funcionamiento Pandora, no fue posible verificar la aplicación de los métodos de análisis de causa y la implementación del formato definido en el procedimiento. No se aportaron evidencias que den cuenta de esta gestión.<br><br>Adicionalmente se detectaron falencias en la identificación de la causa raíz de los hallazgos evaluados. |
| Política de Operación 2. La formulación de las Acciones Correctivas originadas por los hallazgos registrados en los informes de auditoria o seguimiento de Control Interno, que conforman el Plan de Mejoramiento por Procesos, deben formularse en un término no mayor a quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de radicación del informe y programar la ejecución de las actividades correspondientes, con un plazo máximo de 1 año calendario.<br><br>En caso de requerirse, el líder del proceso podrá solicitar por medio de Orfeo, al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, un plazo adicional de hasta 15 días hábiles adicionales para la formulación del plan de mejoramiento, la solicitud debe contener la justificación por la que se solicita la ampliación de términos. | CP | No se evidencia en Orfeo en la serie: Planes, Subserie: Planes Mejoramiento por Proceso, de la Dependencia: 120 Oficina Asesora de Planeación, radicados que permitan validar el cumplimiento de la política respecto a la solicitud de plazos adicionales para formular planes de mejoramiento.<br><br>Adicionalmente algunas acciones superaron el plazo máximo de 1 año calendario. |
| Política de Operación 4. El cumplimiento de las acciones correctivas y/o de mejora que conforman los planes de mejoramiento, en las condiciones y tiempos programados, es responsabilidad de la primera línea de defensa (Lideres de proceso y sus equipos); igualmente, deben garantizar la veracidad, consolidación y disponibilidad de los soportes de su cumplimiento. | CP | No se cumplieron todas las acciones formuladas en los tiempos programados y se presentaron varios alcances a la información remitida para la evaluación de planes de mejoramiento. |

| | | |
|---|---|---|
| Política de Operación 5. Las Acciones Correctivas que conforman el “Plan de Mejoramiento por procesos ", podrán reprogramarse o reformularse, previo a su vencimiento, mediante comunicado interno enviado a la Oficina Asesora de Planeación. En caso que se presenten actividades con una programación superior a los 12 meses, deben ser plenamente justificadas por el líder del proceso que las origina y aprobadas por el líder de proceso de gestión de mejora (Jefe OAP).<br><br>Si la reprogramación de actividades supera el año, previsto, y es aprobada por el líder de proceso de Gestión de Mejora, se informará a la 3a línea de defensa -rol Auditor, para que se revise la pertinencia de la ampliación de los términos y actualice en Pandora el Menú Gestión Planes de Mejoramiento", el campo " fecha final" que le permita a la 1a línea actualizar la fecha de la actividad reprogramada. | CP | No se evidencia el cumplimiento integral de la política en el periodo auditado; no se aportó evidencia de la gestión realizada frente a la reformulación de las actividades en el Plan de Mejoramiento por procesos identificadas como reformuladas o reprogramadas en el reporte remitido por la OAP para su evaluación.<br><br>De lo evidenciado en el Anexo 3 Seguimiento Planes de Mejoramiento, se observa que el proceso de Gestión Documental (actividades 81-1598-1 y 81-1601-1) y de Transformación Cultural para la Revitalización del Centro (actividades 78-1586-1 y 78-1587-1) reformularon la causa raíz, la actividad y las fechas de ejecución, sin embargo, el líder de proceso de gestión de mejora (Jefe OAP) no informó los ajustes a la 3a línea de defensa como lo establece el procedimiento.<br><br>Adicionalmente se evidencian actividades de las vigencias 2022 y 2023. (81-1598-1, 81-1599-1, 81-1601-1, 83-1606-1, 85-1611-1 y 85-1613-1) aún en ejecución. |
| Política de Operación 8. Producto de los informes de auditoria o visitas técnicas de los órganos rectores de las políticas ( Archivo Distrital, Secretaria Distrital de Ambiente, Procuraduría General de la Nación, Veeduría Distrital, etc.), las unidades de gestión, deberán formular acciones que busquen resolver la situación problemática y se consignará en el Plan de Mejoramiento por Procesos o en su defecto en el Plan de Acción del área; sin embargo, el proceso debe garantizar la trazabilidad de las acciones emprendidas.<br><br>Actividad 1: Identificar la necesidad de generar acciones correctivas: - Los Hallazgos identificados en Informes de Seguimiento y/o Auditoria de entes de control y visitas técnicas de los órganos rectores de política, los cuales son integrados en Pandora por la OCI= Auditor y tipifican como Planes de Mejoramiento Institucionales (Consultar Manual de usuario de Pandora). | CP | No se evidencian acciones vinculadas al plan de mejoramiento, resultado de las visitas técnicas realizadas en el 2024 de los órganos rectores de política (Archivo Distrital y Secretaria de Ambiente):<br>* 20242300011472 Informe de Seguimiento Estratégico al cumplimiento a la normativa Archivística vigencia 2023.<br>* 20242300012552 Evaluación seguimiento PIGA Secretaria de Ambiente16/07/2024. |
| Política de Operación 11. Los roles y responsabilidades se encuentran a cargo de las líneas de defensa, y son instancias que participan en la definición, ejecución y evaluación de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.<br><br>2a. Línea de Defensa: Esta línea de defensa está conformada por servidores que ocupan cargos del nivel directivo o asesor (media o alta gerencia), quienes realizan labores de supervisión sobre temas transversales para la entidad y rinden cuentas ante la Alta Dirección; en este contexto, es la Oficina Asesora de Planeación, | NC | La evaluación presentada por la OAP como 2ª línea de defensa presenta inconsistencias y se evidenciaron debilidades en la asesoría a la 1ª., línea de defensa respecto a la formulación y seguimiento. |

| | | |
|---|---|---|
| mediante el Proceso de Gestión de Mejora, encargado de orientar técnicamente a la 1a línea en la formulación de planes de mejoramiento, validar su formulación y validar el monitoreo periódico de la gestión realizada, identificando oportunidades de mejora. | | |
| Actividad 2. Analizar las causas: Igualmente con el mismo equipo interdisciplinario, identifican y documentan las ACCIONES CORRECTIVAS, en el formato "Acción correctiva y-o de mejora (ACM)" el cual contiene las indicaciones para el diligenciamiento de los campos y las técnicas vigentes aplicables para analizar e identificar causas.<br><br>Para identificar la causa raíz, se deben combinar dos o más de las técnicas, de acuerdo al tipo de problema o hallazgo identificado (¿Por qué?, lluvia de ideas, causa -efecto, análisis de Pareto, etc.). Pero debe ser aplicada al menos una técnica.<br><br>El documento debe aprobarse por el Responsable de la Actividad programada y por el líder de proceso, radicándolo mediante el sistema de información Orfeo dirigido a la Oficina Asesora de Planeación para la validación correspondiente. | NC | Teniendo en cuenta que no está en funcionamiento Pandora, no fue posible verificar la aplicación de los métodos de análisis de causa y la implementación del formato definido en el procedimiento. No se aportaron evidencias que den cuenta de esta gestión.<br><br>Adicionalmente se detectaron falencias en la identificación de la causa raíz de los hallazgos. |
| Actividad 2. Analizar las causas: PC: El líder del proceso y/o responsable de procedimiento, donde se originó el hallazgo, verifica que las causas identificadas en cada Acción Correctiva formulada, sean coherentes con las actividades programadas, y que el documento se ha diligenciado en su totalidad, con el fin de garantizar la eliminación de la causa raíz.<br><br>PC Si la acción no cumple con este propósito, se deben revisar las técnicas y el análisis de causas. | NC | Conforme las evidencias y reportes remitidos por la 2ª. Línea de defensa, no fue posible identificar la gestión realizada por la 1ª. Línea de defensa. |
| Actividad 4. Validar metodológicamente las acciones formuladas: El profesional de apoyo del proceso de gestión de mejora, desde la Oficina Asesora de Planeación, una vez recibe la alerta de formulación de planes de mejoramiento de Pandora, verifica en el rol de 2a línea, la coherencia metodología de la ACM, la aplicación adecuada de las técnicas vigentes, el diligenciamiento en la totalidad de los campos del sistema y la coherencia con la causas y actividades cargadas en el plan de mejoramiento de Pandora. | NC | La evaluación presentada por la OAP como 2ª línea de defensa presenta inconsistencias y se evidenciaron debilidades en la asesoría a la 1ª., línea de defensa respecto a la formulación y seguimiento. |

| | | |
|---|---|---|
| Actividad 4. Validar metodológicamente las acciones formuladas: Igualmente el profesional de Apoyo de la OAP solicita al Proceso de Comunicaciones, la publicación en la web institucional, de los Planes de Mejoramiento por Procesos e Institucional, vigentes, con las actualizaciones correspondientes. | CP | De la validación realizada a la información publicada en la página web (https://www.fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/planes-de-mejoramiento) al corte del 12/06/2025, se evidencia que el último plan de mejoramiento por proceso corresponde al de noviembre de 2024, el cual no se encuentra actualizado con la formulación del Plan de Mejoramiento del Proceso de Comunicaciones auditoria finalizada en diciembre del 2024.<br><br>El plan de mejoramiento Institucional corresponde al corte de julio de 2024 e incluye el resultado de la auditoria de Regularidad de la Contraloría PAD 2024. |
| Actividad 5. Realizar el monitoreo: Los responsables de las actividades, Gestores SIG - Encargados, en el rol de1a línea y dentro de los términos programados, registran en Pandora - Menú gestión de Hallazgos, el monitoreo de la gestión realizada en torno a la actividad programada, indicando la ubicación de las evidencias bien sea en Orfeo, URL de a Intranet o Web Institucional y/o cargando en el sistema los documentos correspondientes, los cuales deben ser validados por el líder de proceso = Delegado. | C | De la evaluación realizada en el Anexo 3 Seguimiento Planes de Mejoramiento del presente informe, se evidencia que se registran tanto el monitoreo de 1ª. Línea como el seguimiento de 2ª. Línea, con indicación de las evidencias que dan cuenta de lo reportado.<br><br>Sin embargo, no se registra en Pandora por las debilidades ya mencionadas. |
| Actividad 5. Realizar el monitoreo: Una vez registrado el monitoreo en Pandora, esta generará alerta a la 2a línea de Defensa (Profesional del Proceso de Gestión de Mejora) quien en el rol de 2da línea de defensa, verifica los reportes presentados por la 1a línea, validando la gestión realizada en términos de coherencia, completitud, confiablidad y oportunidad; registrando lo observado y recomendaciones de mejora por cada Hallazgo y actividad formulada, según corresponda (Consultar Manual de Usuario de Pandora) | CP | La retroalimentación tiene debilidades metodológicas que no permiten asegurar la completitud, coherencia, confiabilidad y oportunidad de lo reportado por 1ª. Línea. |

Fuente: Intranet, Orfeo y reporte aportado por la 2ª. Línea de defensa (OAP)

Conforme lo expuesto anteriormente, se configura el hallazgo No 5 por el cumplimiento parcial de lo dispuesto en el procedimiento interno y lo establecido en MIPG respecto al obligación de realizar monitoreo sobre las acciones de los planes de mejoramiento como resultado de la detección de desviaciones, así como lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 87 de 1993 que establece la obligatoriedad de organizar métodos confiables para la evaluación del control (Literal j) y lo señalado en MIPG Dimensión 7 Control Interno, que establece la necesidad de implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad y la Dimensión 4 Evaluación de Resultados, frente al seguimiento y evaluación de la gestión institucional.

El detalle de la evaluación de la gestión del Plan de Mejoramiento por Procesos se encuentra en el **Anexo 3: Seguimiento Planes de mejoramiento**, del presente informe y hace parte integral del mismo.

A continuación, se presenta el resumen general de la gestión del Plan de Mejoramiento por Procesos, conforme el resultado de la evaluación realizada a las acciones en estado abiertas en proceso, abiertas inefectivas y abiertas incumplidas:

| Proceso | Abierta en Proceso | Abierta Inefectiva | Cerrada | Cerrada con baja efectividad | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Gestión de Talento Humano | 1 | | 4 | | 5 |
| Gestión de las Comunicaciones | 1 | 4 | | | 5 |
| Gestión TICS | 1 | | 3 | | 4 |
| Transformación Cultural para la Revitalización del Centro | | 1 | 2 | | 3 |
| Servicio al Ciudadano | | | 2 | 1 | 3 |
| Gestión Documental | | | 3 | | 3 |
| Planeación | | 2 | | | 2 |
| Gestión Financiera | | | 2 | | 2 |
| Total | 3 | 7 | 16 | 1 | **27** |

Fuente: Cálculos propios.

### 3.3. Procedimiento Identificación y Evaluación Periódica de lo Legal:

El normograma de la Entidad se encuentra en el link de la página web. Expediente 202412006001000001E.

En ese orden, se encuentra el botón de búsqueda de la normatividad, doctrina y jurisprudencia vigentes en Bogotá, identificando la herramienta *"Régimen Legal Bogotá D.C".*

Se realizó la verificación de lo dispuesto en el Procedimiento GM-PD-02 V6. Al respecto, se encontró lo siguiente:

| Actividad | C (Cumple) NC (No cumple) CP (Cumple Parcialmente | Observaciones |
|---|---|---|
| El Proceso Gestión de Mejora administra el correo institucional sistemadegestion@fuga.gov.co, y emplea el drive para publicar carpetas compartidas, donde se cargarán las herramientas consolidadas para que las áreas consulten y/o carguen los reportes de monitoreo periódicos de 1 y 2 línea de defensa sobre normograma, disponibles para consulta y actualización de los usuarios internos (lideres de proceso, gestores SIG, etc.). | CP | En la entrevista realizada al equipo auditado el 29 de abril se indicó que:<br><br>El correo sistemadegestion@fuga.gov.co está asociado con el drive[21]. Esta organizado por sub carpetas que conforman los instrumentos, entre esos el normograma.<br><br>Dentro de la carpeta normograma se encuentran cargadas las actualizaciones. |

[21] https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1N1BIMkECjdMoAa0WRJwAFT7w0fmnn

| | | |
|---|---|---|
| | | Para revisar la implementación se tomó como referencia el Decreto 062 de 2024, se evidencia dicho reporte dentro del normograma del periodo de julio 2024 en la pestaña de normas generales.<br><br>Al revisar las actualizaciones realizadas de los normogramas para la vigencia 2024, no se evidencia el registro desde la 1 línea de defensa de la normatividad “Circular Conjunta 003 de abril 008 de 2024 - Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C”<br><br>En cuanto a la Circular 008 de febrero 19 de 2025 - Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., no es posible evidenciar su inclusión en el normograma del I semestre de 2025. |
| Los informes de monitoreo de 2a línea sobre la actualización realizada por las áreas, serán consolidados en el marco del GM-PD-05 Procedimiento Autoevaluación de la gestión institucional. | C | La Autoevaluación de la efectividad de la gestión, se realiza mediante el seguimiento de los instrumentos de control y la identificación de las desviaciones en cada uno de los procesos que integran la Fuga. |
| Verificar el estado de la norma: El líder de proceso envía trimestralmente el normograma actualizado al líder del<br>proceso de gestión jurídica con copia al Profesional de Apoyo MIPG del proceso de gestión de mejora, para validar la<br>vigencia de las normas integradas a la "Matriz de Cumplimiento Legal (Normograma)" y confirmar el estado en el campo<br>(Notas de Vigencia y aplicabilidad) | CP | En la entrevista realizada al equipo auditado el 29 de abril se indicó que:<br><br>En 2024 en virtud de las circulares internas No. 20, 13 y 8 de 2024. Radicados 20242300000206, 20242300000136 y 20242300000086, se determinó el cambio en la periodicidad del término trimestral para la actualización del normograma. Se establecieron los meses de junio y diciembre incumpliendo lo establecido en el procedimiento.<br><br>La Oficina Asesora de Planeación verifica formatos, comentarios y organización del normograma. Una vez se consolide la información, es remitida a la Oficina de Comunicaciones para la respectiva publicación. |
| El Profesional de Apoyo del proceso de gestión de mejora, consolida en la Matriz de Cumplimiento Legal (Normograma)<br>todas las normas asociadas a los procesos de Sistema de Gestión.<br>Posteriormente con el apoyo del proceso de Gestión de comunicaciones, solicita la publicación en los medios de<br>comunicación interna y externa, para consulta permanente de las partes interesadas (Ciudadanos, servidores, etc.) | C | La Oficina Asesora de Planeación y la Oficina Jurídica mediante correo electrónico solicitan a los lideres del proceso, la revisión del normograma institucional. Se debe tener en cuenta la fecha indicada para la presentación de las observaciones.<br><br>Las actualizaciones se devuelven a la Oficina Jurídica con copia a Oficina Asesora de Planeación.<br><br>La Oficina Jurídica revisa las normas vigentes y aplicables, una vez terminada lo envían a la Oficina Asesora de Planeación para publicar. |
| Acciones correctivas en el marco del procedimiento. | C | No se ha tenido la necesidad de ejecutar acciones correctivas. En la entrevista realizada al equipo auditado el 29 de abril se indicó que:<br><br>Por petición de la jefe de la Oficina Jurídica en 2024, la Oficina Asesora de Planeación debía realizar una primera revisión de los normogramas antes de enviar a la Oficina Jurídica. Solicitud interna. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Se tiene prevista mesa de trabajo con la Oficina Jurídica para establecer el cumplimiento de las actividades descritas en el procedimiento, pues allí se indica que la revisión primero la realiza jurídica y luego pasa a la Oficina Asesora de Planeación.<br><br>Ninguna acción generó modificación del procedimiento. |

En virtud de lo anterior, de las evidencias aportadas por el equipo auditado se evalúo el procedimiento de actualización del normograma, para cada uno de los procesos, a saber:

- ✓ El 7 de junio y 12 de noviembre de 2024 la Oficina Asesora De Planeación solicitó a los lideres de los procesos la actualización del normograma.
- ✓ La Oficina Asesora De Planeación realizó seguimiento de la entrega de cada uno de los normogramas para proceder con el envío a la Oficina Jurídica.
- ✓ El 2 de septiembre la Oficina Jurídica remitió la revisión final de los normogramas a la Oficina Asesora De Planeación.
- ✓ El 9 de septiembre y 4 de diciembre se solicitó a la Oficina de Comunicaciones la publicación del normograma en la página web y en la intranet.

Sin embargo:

- En junio la oficina de Control interno Disciplinario, Subdirección Centro y Gestión TIC no cumplieron el plazo establecido para el envío de la actualización del normograma, se tuvo que reiterar la petición.
- La Oficina Jurídica no cumplió con el plazo indicado por la Oficina Asesora De Planeación, 30 de julio de 2024, para enviar la revisión final de la reglamentación en cada uno de los normogramas.
- En noviembre la oficina de Control interno Disciplinario, Subdirección Centro, Gestión TIC y Gestión Documental no cumplieron el plazo establecido para el envío de la actualización del normograma, se tuvo que reiterar la petición.

### 3.4. Procedimiento Control de Documentos del Sistema de Gestión:

La verificación se realiza al cumplimiento de la versión 10 del procedimiento *Control de Documentos del Sistema de Gestión* Código GM-PD-04, con fecha de actualización del 03/04/2023 publicado en la intranet, en los siguientes aspectos:

| Actividad | C (Cumple)<br>NC (No cumple)<br>CP (Cumple Parcialmente | Observaciones |
|---|---|---|
| Política de Operación 1: Los documentos del Sistema de Gestión serán publicados en la intranet de la Entidad, para el caso de los procedimientos, caracterizaciones, políticas, | CP | De la verificación realizada a los documentos SIG publicados en la Intranet, se evidencian los siguientes que están en formato .docx: |

| | | |
|---|---|---|
| manuales, guías e instructivos se publicarán en formato PDF y se considerará la versión original. Los formatos se publicarán en archivo Word o Excel de manera que los usuarios los puedan aplicar. | | * Proceso de Gestión Documental: Manual Proceso gestión documental -13° lineamiento del SIG PI-MN-03 V2.<br>* Proceso Gestión TIC: Política Tratamiento de datos personales GT-PO-02 V1.<br>(Ver Anexo 4. Hoja Política de Operación 1)<br><br>Adicionalmente, el documento del proceso de Gestión Documental no tiene actualizada la codificación del proceso (PI-MN-03). (GD). |
| Política de Operación 2: Los documentos que se encuentran publicados disponibles para consulta de los funcionarios en la Intranet de la FUGA se consideran como los únicos vigentes para su uso y serán los documentos controlados mediante el listado maestro de documentos. Toda copia de los documentos ubicado fuera de la intranet (mapa de proceso) se considera copia no controlada por el sistema de gestión. | CP | De la verificación realizada a los documentos publicados en la intranet, frente a lo registrado en el Listado Maestro de Documentos (LMD) descargado el 08/04/2025 del drive de sistemadegestion@fuga.gov.co, aportado por la OAP en correo electrónico de la misma fecha; se evidencia que no se da cumplimiento integral a la política por cuanto no en todos los documentos hay coherencia entre las versiones registradas en el LMD y las de Intranet: procesos de Gestión de Talento Humano, Gestión de Mejora, Gestión TIC, Gestión Financiera y Gestión Jurídica (Ver Anexo 4. Hoja Política de Operación 2). |
| Política de Operación 3: Los documentos que se encuentran publicados en las plataformas documentales FUGA la intranet, web institucional y SGDA- Orfeo, deben ser coherentes en su contenido y codificación, con el listado maestro de documentos. | CP | De la verificación realizada a la coherencia entre los documentos publicados en la intranet, web, Orfeo y el Listado Maestro de Documentos se evidenciaron debilidades relacionadas con:<br>* Publicación de diferentes versiones entre Intranet y Orfeo.<br>* Documentos no cargados en Orfeo.<br>* Publicación de diferentes versiones entre Intranet y web<br>(Ver Anexo 4. Hoja Política de Operación 3)<br><br>Nota: Las diferencias frente al LDM fueron señaladas en la política de operación 2. |
| Política de Operación 9: La socialización del documento modificado y/o creado la deberá realizar el responsable del proceso que solicitó la creación o modificación.<br><br>Actividad 4. Socializar documentos: Una vez publicados los documentos en las plataformas documentales, por el CO-CA-01 Proceso de Gestión de las comunicaciones, el responsable del proceso con apoyo del gestor SIG-MIPG, realiza la socialización de los documentos con los cambios al equipo de trabajo del proceso y los usuarios que intervienen en su implementación, dejando constancia de la actividad (Ejemplos: listado de asistencia y/o acta de reunión y/o correos electrónicos, entre otros) | CP | De lo observado en el informe de Evaluación de Control Interno Contable 2024 (20251100027003), se evidenció que el proceso de gestión Financiera y Recursos Físicos durante esa vigencia llevó a cabo las socializaciones de las actualizaciones de sus documentos dentro de los equipos de trabajo (20242400101973 y 20242400103663).<br><br>En la entrevista del 03/06/2025 el proceso de Gestión de Talento Humano, aportó evidencia de la socialización realizada el 03/04/2025 (20252800038343) de la actualización de sus documentos, como parte de la ejecución de su plan de mejoramiento.<br><br>Sin embargo, en la aplicación de la lista de verificación del 03/06/2025, se evidenció que no se realizó la socialización de la actualización del procedimiento "*Autoevaluación de la Gestión Institucional GM-PD-05"*, versión 5, del proceso de Gestión de Mejora, publicada mediante correo electrónico el 06/12/2024. |

| | | |
|---|---|---|
| Política de Operación 13: Los documentos obsoletos se retirarán de intranet y se conservan en medio magnético por la Oficina Planeación.<br><br>Actividad 2: - Si es eliminación se debe almacenar el documento en medio magnético como obsoleto y se elimina del listado maestro de documentos. Los documentos obsoletos serán cargados por cada vigencia en Orfeo en la serie "Sistema Integrado de gestión" – Subserie "obsoletos" | CP | De la consulta realizada al expediente **202412006001500001E Solicitudes Sistema Integrado de Gestión – 2024**, se valida la disposición de los documentos obsoletos generados a partir de la solicitud de eliminación del proceso de Gestión Financiera (20242000039163), observándose que todos fueron incluidos en el repositorio del servidor, en la carpeta de obsoletos del 2024.<br><br>Sin embargo, de la validación aleatoria de algunos de los documentos vigentes publicados en la Intranet, frente a la información dispuesta en \\192.168.0.34\plan operativo integral\OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN\SIG-MIPG\0 MAPA PROCESOS, relacionada con las versiones obsoletas, se observa:<br><br>• Algunos no tienen en el repositorio todas las versiones anteriores a la vigente<br>• Se incluyen todas las versiones obsoletas vigencia a vigencia hasta el 2024. (Ver Anexo 4. Hoja Política de Operación 13).<br><br>En la entrevista realizada el 03/06/2025, la profesional de la OAP señala que a partir del 2025 se tomó como lineamiento dejar en el repositorio solo los documentos obsoletos generados en la vigencia, de tal manera que no se genere duplicidad en la información incumpliendo el procedimiento vigente. |
| Política de Operación 19: El archivo del Listado Maestro de Documentos LMD, se cargará al drive de la cuenta de correo sistemadegestion@fuga.gov.co y será administrado por el Procesional de apoyo SIG, quien lo consolida y actualiza en línea; y se compartirá permanentemente, con la cuenta de correos del Profesional de apoyo MIPG. La URL se mantendrá vinculada a la Intranet Institucional (http://intranet.fuga.gov.co/mapa-de-procesos) botón Listado maestro de documentos, con el apoyo del CO-CO-CA-01 Proceso de Gestión de las comunicaciones, para su publicación en línea y consulta de los usuarios internos de la entidad; salvaguardando bimestralmente copias de respaldo de las versiones vigentes en el servidor con el fin de mantener el control de contenidos del LMD. | CP | De la verificación realizada al drive aportado por la OAP se observa que la incorporación del Listado Maestro de Documentos se realiza hasta el 08/04/2025, como se muestra en la información del archivo:<br><br>Propietario Sistema Gestión.<br>Modificado 8 abr 2025 por Sistema Gestión;<br>Creado 8 abr 2025.<br><br>Conforme lo anterior, se observa que durante el periodo auditado no se dio cumplimiento a la política respecto a mantener vinculada a la Intranet Institucional http://intranet.fuga.gov.co/mapa-de-procesos) botón Listado maestro de documentos.<br><br>Frente a las copias de respaldo, en la entrevista realizada el 03/06/2025 se indica la ruta de acceso a la información (\\192.168.0.34\plan operativo integral\OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN\SIG-MIPG\0 MAPA PROCESOS\LMD). De la verificación in situ realizada en el desarrollo de la mesa de trabajo se evidencia que en el 2024 solo se encuentran las copias de febrero, mayo y diciembre y en el 2025 no hay ninguna copia cargada. |

| | | |
|---|---|---|
| Política de Operación 20: Las caracterizaciones de proceso y procedimientos, manuales, vigentes serán cargadas y compartidas por el profesional SIG al drive de la cuenta de correo sistemadegestion@fuga.gov.co y sin restricción de consulta para los ciudadanos. La URL se mantendrá vinculada a la Web Oficial - Sección transparencia de acuerdo con el esquema de publicación del sitio. La información publicada debe ser coherente con el LMD y Mapa de Procesos; salvaguardando por cada cambio de versión, las copias de respaldo vigentes en el servidor con el fin de mantener el control de contenidos de la documentación. | CP | Como se evidencio en la política de operación 2, en algunos documentos (procedimientos y manuales) no hay coherencia entre lo publicado en la intranet, la información de la web y el LMD (Ver Anexo 4. Hoja Política de Operación 2 y 3).<br><br>Frente a los documentos "Manuales", publicados en la web (Categoría 2. Normativa: Subcategoría: 2.1. Normativa de la entidad o autoridad, micrositio 2.1.5. Políticas, lineamientos y manuales), se observa que algunos documentos no son coherentes respecto a la versión publicada (Manual de Supervisión e Interventoría: Intranet y LMD Versión 7; publicada en Web versión 6: Manual de Políticas Contables: Intranet Versión 6; publicada en Web y LMD Versión 5)<br><br>Respecto a los documentos obsoletos se da cumplimiento parcial conforme lo evidenciado en la política de operación 13. |
| Actividad 1 ...se diligencia el formato "solicitud de creación, modificación o eliminación de documentos del SIG", el cual, una vez aprobado por el líder del proceso, se envía a la Oficina Asesora de Planeación, mediante el SGDA-Orfeo teniendo en cuenta la subserie documental "Solicitudes del SIG". | C | De la verificación aleatoria realizada a los expedientes 202412006001500001E y 202512006001500001E SOLICITUDES SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN, se evidencia el cumplimiento del criterio.<br><br>(Ver Anexo 4. Hoja Actividad 1) |
| Actividad 1 PC: El profesional de apoyo encargado del Sistema de Gestión, revisa que la solicitud este firmada por el líder del proceso y cumpla con los lineamientos del GM-IN-01 Instructivo Diseño y Estructura de los documentos del SIG, consultando adicionalmente la ESTRUCTURA DE CONTENIDOS POR TIPOLOGÍA para validar los requisitos mínimos; igualmente verifica si el cambio del documento afecta transversalmente el o los procesos del sistema | CP | Si bien se da cumplimiento a la actividad 1, se evidencian debilidades frente a la implementación del punto de control relacionado con el soporte que da cuenta de la aprobación de la solicitud y el diligenciamiento de todos los campos del formato (Afecta el documento la integridad del SIG).<br><br>(Ver Anexo 4. Hoja Actividad 1) |

| | | |
|---|---|---|
| Actividad 2 Tramitar la solicitud: Se realizan los siguientes ajustes:<br>-Si es creación de documentos, se codifica de acuerdo con el Instructivo Diseño y Estructura de los documentos del SIG e integra al listado maestro de documentos vigente.<br>- Si es modificación se actualiza la versión del documento, la fecha y el control de cambios (no aplica para formatos), se actualiza la información en el Listado Maestro de Documentos vigente y el documento que pierde vigencia, se envía a obsoletos<br>- Si es eliminación se debe almacenar el documento en medio magnético como obsoleto y se elimina del listado maestro de documentos. Los documentos obsoletos serán cargados por cada vigencia en Orfeo en la serie "Sistema Integrado de gestión" – Subserie "obsoletos"<br>- Si el "formato" se implementa mediante la plataforma SGDA- ORFEO se debe revisar y realizar los ajustes de forma en cuanto versión del office y los metadatos, para que sea compatible con Orfeo, de acuerdo a las características de la "Guía técnica para crear o actualizar formatos del SIG- SGDA ORFEO" y " Plantilla-BASEFormatos-SIG-FUGA-2021-10 SGDA ORFEO" generada por el operador técnico del Sistema de Información<br>PC: Cada que se tramite cambios de fondo a los procesos, políticas, manuales, procedimientos, guías e instructivos, el profesional de apoyo SIG, envía los documentos ajustados con la solicitud del proceso al profesional de apoyo de MIPG, quien revisará los contenidos, de acuerdo a los criterios del instructivo de diseño y estructura de los documentos del SIG (GM-IN-01), si se presentan comentarios se señalan en los documentos y el Listado maestro de documentos ubicado en el drive, y se remiten los documentos por correo electrónico para las correcciones al profesional de apoyo SIG. | CP | La validación se realiza en el numeral 3.6. Instructivo Diseño y Estructura de los Documentos, del presente informe (Anexo 4: Hojas: Instructivo Políticas, Instructivo Manuales, Instructivo Guías e Instructivos, Instructivos Planes y Programas e Instructivo Otros).<br><br>Adicional a lo allí expuesto se observa: en Orfeo que, si bien se incluye en la serie "Sistema Integrado de gestión" Subserie "Procedimientos", expedientes denominados "Obsoletos" (2019, 2020, 2021, 2022, 2023); son expedientes sin radicados. En los demás documentos SIG incluides como Subseries no se evidencian expedientes para este tipo documental.<br><br>En la entrevista realizada el 03/06/2025 se solicita verificar in situ el cumplimiento de la actividad, a través del ajuste realizado en el 2024 del formato Certificación de cumplimiento y autorización de pago GF-FT-18 Versión 13, observándose:<br><br>• Si bien en el desarrollo de la mesa de trabajo no se evidencia en Orfeo la solicitud de ajuste, se aporta posteriormente el radicado 20242000099433 con el cual el proceso de Gestión Financiera realiza la solicitud con fecha del 21/10/2025.<br>• El radicado antes señalado no se encuentra la serie "Sistema Integrado de gestión" donde se evidencian todas las solicitudes de ajustes, modificaciones, creaciones o eliminaciones, sino que fue incluido en la serie "Procedimientos" que debe alojar los documentos finales aprobados.<br>• Se evidencia que no se tiene la traza de las publicaciones de los diferentes documentos que se generaron a partir de la versión 13. Lo anterior en razón a que se presentaron 3 ajustes sobre la misma versión, una por campos bloqueados, otra por campos con limitación de caracteres y otra por fecha de actualización del documento.<br><br>Evidenciando debilidades en la aplicación del punto de control tanto de 1ª. y 2ª. Línea de defensa. |
| Actividad 3. Publicar documentos: el profesional de apoyo del sistema de gestión, solicita por medio de correo electrónico - Formato Brief al CO-CA-01 Proceso de Gestión de las comunicaciones, la publicación y divulgación de los documentos creados, actualizados o eliminados, en la intranet (mapa de procesos). | C | En desarrollo de la entrevista realizada el 03/06/2025, la profesional de apoyo al SIG, aporta la evidencia de la gestión de publicación sobre la muestra evaluada correspondiente a:<br>• SECOP II - Publicación Cuentas de cobro e Informes de Supervisión GJ-GU-01 Versión 4<br>• Formato Constancia de aviso en Cartelera SC-FT-03 Versión 4<br>Evidencia que permite identificar la solicitud de publicación por parte de la profesional de apoyo, el envío para aprobación de la pieza al proceso solicitante y la confirmación de publicación. |

| | | |
|---|---|---|
| | | En la entrevista realizada el 03/06/2025 al equipo de trabajo de Talento Humano, se valida la gestión frente a la solicitud de publicación de los documentos actualizados, lo cual es coherente con lo dispuesto en la actividad. |

Las situaciones encontradas se detallan en el **Anexo 4 Validación Control de Documentos SIG**, adjunto al presente informe.

**3.5. Instructivo Diseño y Estructura de los Documentos SIG:**

Se verificó el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el "*Instructivo Diseño y Estructura de los Documentos SIG GM-IN-01*" (Versión 8), a partir de una muestra aleatoria de documentos publicados por la entidad. La revisión se llevó a cabo haciendo énfasis en aquellos elementos obligatorios para cada tipo de documento, conforme a lo indicado en el instructivo. Los resultados se presentan en el Anexo 4: Validación Control de Documentos SIG del presente informe.

Adicional a las situaciones expuestas en el Anexo 4, se evidenció:

- Planes que, si bien tienen el elemento "Tablas de Aprobación", no incluyen los enunciados "Revisó" y/o "Aprobó" (PIGA, PINAR, PETI y Plan Estratégico de Comunicaciones)
- En el elemento "Encabezado" si bien se evidencia que todos los documentos tienen el logro de la FUGA y del escudo de la Alcaldía Mayor de Bogotá, se observa que algunos tienen adicionalmente el logo de Bogotá (MIPG, Programa de Transparencia y Ética Pública, PIGA, PÍNAR, PETH y PETI 2025 y Plan Estratégico de Comunicaciones).

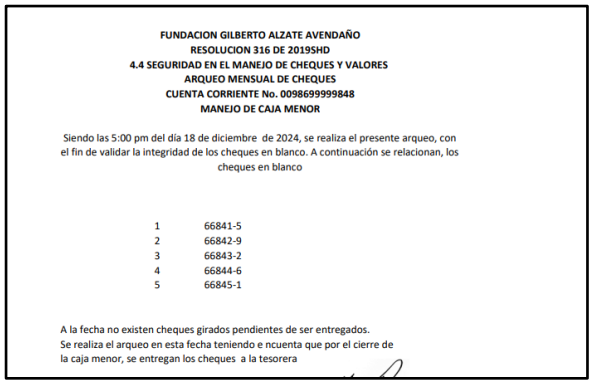
- No es posible identificar la versión del documento por cuanto en el aparte de control de cambios no se diligencia esta información (PIGA).
- Se evidencian otros documentos "Planes" que se encuentran publicados en versión PDF que no incluyen todos los elementos señalados en el instructivo:
  - Plan de continuidad del negocio BCP v1, Plan de continuidad de tecnología DRP v1 y Plan de Austeridad: No tienen "Encabezado"
  - Plan de Austeridad: No incluye la descripción de las actividades como se mencionó en el informe de medidas de austeridad IT 2025 (20251100044523 Anexo 1 Decreto 062 de 2024)

De la verificación aleatoria realizada en Orfeo se observa:

- Dependencia 230 - Gestión Documental y Atención al Ciudadano, Serie y Subserie Consecutivo de Comunicaciones Oficiales, Expediente: 202423001900100001E Consecutivo de comunicaciones oficiales enviadas – 2024, se observaron radicados de certificación de contratos que no utilizan una plantilla con la información actualizada de la entidad (Logo 50 años en el pie de página): Radicados 20241300024101, 20241300111363, entre otros. Se observa que no hay uniformidad en los formatos para los documentos

certificaciones o constancias (20241300024101 Oficina Jurídica y 20243000001141 Subdirección Artística y Cultural).
Situación que se mantiene en la vigencia 2025: Expediente 202523001900100003E Radicados 20251300000471, 20251300000471, entre otros)

- Dependencia 130 - Oficina Jurídica: Serie Actas, Subserie Actas del Comité Interno de Conciliación: Expediente 202413000201300001E, el radicado 20241300119873 utiliza el formato EI-FT-08 Versión 8, cuyo contenido no cumple con los campos del formato. Es de señalar que el formato utilizado es de uso exclusivo de la Oficina de Control Interno para la presentación de sus informes de seguimiento.
- Dependencia 240 - Gestión Financiera – Contabilidad: Serie Conciliaciones, Subserie Conciliaciones Interna: Expediente 202424001800400002E Conciliaciones de Cheques 2024. Radicado 20242400121273. Si bien el documento señala que es el arqueo mensual de cheques, no se diligencia en el formato de conciliaciones y no cuenta con ningún logo institucional.



**FUNDACION GILBERTO ALZATE AVENDAÑO**
**RESOLUCION 316 DE 2019SHD**
**4.4 SEGURIDAD EN EL MANEJO DE CHEQUES Y VALORES**
**ARQUEO MENSUAL DE CHEQUES**
**CUENTA CORRIENTE No. 0098699999848**
**MANEJO DE CAJA MENOR**

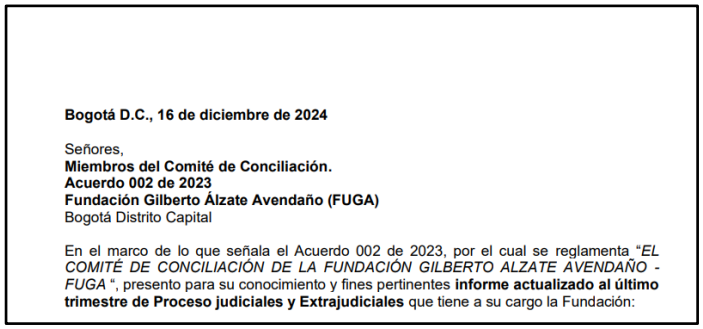
Siendo las 5:00 pm del día 18 de diciembre de 2024, se realiza el presente arqueo, con el fin de validar la integridad de los cheques en blanco. A continuación se relacionan, los cheques en blanco

| | |
|---|---|
| 1 | 66841-5 |
| 2 | 66842-9 |
| 3 | 66843-2 |
| 4 | 66844-6 |
| 5 | 66845-1 |

A la fecha no existen cheques girados pendientes de ser entregados.
Se realiza el arqueo en esta fecha teniendo e ncuenta que por el cierre de la caja menor, se entregan los cheques a la tesorera

De la verificación aleatoria realizada a los documentos publicados en la Web se observa:

- Categoría 4. Planeación, Presupuesto e Informes, Subcategoría 4.9 Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antijurídico: el Informe sobre defensa jurídica correspondiente al II Semestre del 2024 publicado no se encuentra en plantillas oficiales de la entidad, no se encuentra firmado por quien emite el informe y no se evidencia un número de radicado en Orfeo.



**Bogotá D.C., 16 de diciembre de 2024**

Señores,
**Miembros del Comité de Conciliación.**
**Acuerdo 002 de 2023**
**Fundación Gilberto Álzate Avendaño (FUGA)**
Bogotá Distrito Capital

En el marco de lo que señala el Acuerdo 002 de 2023, por el cual se reglamenta "*EL COMITÉ DE CONCILIACIÓN DE LA FUNDACIÓN GILBERTO ALZATE AVENDAÑO - FUGA* ", presento para su conocimiento y fines pertinentes **informe actualizado al último trimestre de Proceso judiciales y Extrajudiciales** que tiene a su cargo la Fundación:

- Categoría 7. Datos Abiertos, Subcategoría 7.1. Instrumentos de Gestión de la Información, numeral 7.1.3. Esquema de Publicación. La versión 1 de 2024 no se encuentra diligenciada en el formato PN-FT-03 Versión 4 publicada en la intranet.
- Categoría 7. Datos Abiertos, Subcategoría 7.1. Instrumentos de Gestión de la Información, numeral 7.1.10. Banco Terminológico Se encuentra publicado el documento Banco Terminológico de Series y Subseries Versión 01, que, si bien tiene encabezado, no tiene código asignado en el SIG y no se identifica de manera clara a que tipo de documento corresponde (Guía, Instructivo, Manual)
- Categoría 7. Datos Abiertos, Subcategoría 7.1. Instrumentos de Gestión de la Información, numeral 7.1.1. Registros de Activos de Información. Inventario de activos de información Gestión Documental 2024. Si bien el documento incluye la hoja "Formato" que cumple con los elementos de "Formato", en la hoja "Inventario Series Subseries", no se visualiza el encabezado del formato.
- El documento "*Instructivo Diseño y Estructura de los Documentos SIG*", se observa que el ítem de "Responsabilidades" no se encuentra actualizado frente a los nombres de los Co - responsables: Coordinador de apoyo comunicaciones, Profesional de atención al ciudadano.

Conforme lo expuesto en los ítems 3.4 y 3.5, se configura el hallazgo No 6, no se da cumplimiento integral a lo establecido en las políticas de operación y actividades del procedimiento *Control de Documentos del Sistema de Gestión* Código GM-PD-04 y los lineamientos del *Instructivo Diseño y Estructura de los Documentos SIG* GM-IN-01; así como lo señalado en MIPG Dimensión 3 Gestión con valores para resultados, específicamente en lo relacionado con la Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos y la Dimensión 7 Control Interno, por cuanto las debilidades identificadas limitan la capacidad de verificar y asegurar la ejecución de los procesos mediante documentos actualizados y controlados.

**3.6. Instructivo Referenciación Competitiva:**

El 30 de mayo de 2025 se solicitó a la Oficina Asesora De Planeación, información sobre el desarrollo de referenciaciones competitivas en cumplimiento al Instructivo GM-IN-02 para la vigencia 2024 y lo corrido de la vigencia 2025. En ese sentido, se recibió respuesta el 3 de junio, en la que se indicó que en el periodo auditado no se llevaron a cabo ejercicios de referenciación competitiva, por lo tanto, no es posible evaluar su implementación por parte de la OCI.

Ahora bien, es relevante mencionar que ya se había señalado en auditoria al proceso de Gestión de Mejorada realizada en el 2021 Radicado 20211100105903, donde se indicó "*Teniendo en cuenta que en el periodo auditado no se llevaron a cabo ejercicios de referenciación competitiva, no es posible evaluar su implementación.*"

**3.7. Instructivo Indicadores de Gestión:**

La verificación se realiza al cumplimiento del *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023) y la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión* – Versión 4 (mayo de 2018) del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Como resultado de la evaluación, se observa que en términos generales el instructivo se encuentra alineado con los lineamientos metodológicos y conceptuales definidos por el DAFP, tanto en aspectos de diseño como en implementación:

- ✓ Adopta una definición de indicador coherente con el enfoque de medición del desempeño institucional.
- ✓ Incorpora la tipología y características de indicadores recomendadas (eficiencia, eficacia, economía, calidad, entre otros).
- ✓ Aplica criterios técnicos SMART en la formulación.
- ✓ Establece una metodología estructurada y secuencial para su construcción, seguimiento y ajuste.
- ✓ Define roles y responsabilidades institucionales acordes al modelo de tres líneas de defensa.
- ✓ Integra herramientas tecnológicas propias (Pandora) que, si bien actualmente presenta inconvenientes en su funcionamiento, representa un avance en automatización, trazabilidad y control de los indicadores.

Conforme lo anterior, se valida las subsanaciones de las siguientes situaciones evidenciadas en el 2021:

- ✓ El instructivo actual define de forma clara la estructura del objetivo del indicador y cómo debe alinearse con los objetivos del proceso y de la entidad
- ✓ Incorpora una definición técnica y diferenciación entre dato e indicador, coherente con la guía del DAFP.
- ✓ Se describen las funciones de indicador (descriptiva y valorativa)
- ✓ Se incluyen las características de los indicadores de MIPG (pertinencia, independencia, oportunidad, simplicidad, entre otras)
- ✓ Como se mencionó anteriormente se incluyen las tipologías completas de los indicadores (calidad, economía, insumo, proceso, producto)
- ✓ Registro de programación no anual: ahora se incluye la parametrización mensual, trimestral u otra mediante el sistema Pandora

Sin embargo:

- Si bien se definen los conceptos de pertinencia y utilidad del indicador, no se identifican de manera clara los lineamientos para evitar la saturación de indicadores.
- Si bien se incluyen pasos para la construcción de indicadores, los criterios específicos como funcionalidad, utilidad y disponibilidad no están claramente identificados.

Teniendo en cuenta los criterios de la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión* – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP y el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023): se realiza una verificación aleatoria de su implementación, en los indicadores 2024 que a continuación se relacionan:

| Ítem | Id | Indicador | Clasificación | Categoría | Proceso |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 809 | Porcentaje de cumplimiento Programa de Transparencia y Ética Publica | Gestión - Plan Estratégico - Proceso | Desempeño - Eficacia | Planeación |
| 2 | 811 | Porcentaje de correcciones posteriores al pago de la nómina | Gestión - INDICADOR EN CLAVE DE RIESGO | Desempeño - Eficiencia | Gestión del Talento Humano |
| 3 | 812 | Porcentaje de Instrumentos Archivísticos adoptados en la entidad | Gestión - INDICADOR EN CLAVE DE RIESGO | Desempeño - Eficacia | Gestión Documental |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 818 | Número de personas que participan presencialmente en actividades artísticas y culturales | Gestión - Plan Estratégico - INDICADOR EN CLAVE DE RIESGO | Resultado - Impacto | Transformación Cultural Para la Revitalización del Centro |
| 5 | 823 | Porcentaje de PQRSD gestionadas bajo criterios de calidad | Gestión - Plan Estratégico - INDICADOR EN CLAVE DE RIESGO | Desempeño - Calidad | Servicio al Ciudadano |
| 6 | 825 | Ausentismo por causas relacionadas con situaciones administrativas anidado a MIPG y al SGSST | Gestión - Proceso | Desempeño - Efectividad | Gestión del Talento Humano |
| 7 | 827 | Porcentaje de oportunidad en la atención de procesos contractuales publicados | Gestión - Plan Estratégico - INDICADOR DE PROCESO | Desempeño - Eficacia | Gestión Jurídica |
| 8 | 832 | Índice porcentual de ejecución presupuestal de Funcionamiento | Gestión - Plan Estratégico - INDICADOR DE PROCESO | Desempeño - Economía | Gestión Financiera |
| 9 | 834 | Porcentaje de exactitud de inventarios activos. | Gestión - INDICADOR EN CLAVE DE RIESGO | Desempeño - Eficacia | Recursos Físicos |
| 10 | 838 | Porcentaje de disponibilidad de la infraestructura tecnológica proporcionada por la entidad | Gestión - Plan Estratégico - INDICADOR EN CLAVE DE RIESGO | Desempeño - Calidad | Gestión TIC |

Fuente: Matriz Seguimiento Indicadores procesos 2024 (diciembre202) aportado por la OAP.

Observándose:

- Características de los Indicadores:

Si bien de manera general se cumplen los criterios de pertinencia, independencia, no redundancia y focalizado en áreas controlables; se evidencian oportunidades de mejora frente a las siguientes características:

Confiabilidad[22]:

- Ítem 1: No se identifica claramente la medición efectuada; si bien para el I y II cuatrimestre lo reportado corresponde a lo evidenciado por la OCI en los seguimientos al PAC, se observa que para el III cuatrimestre no hay coherencia entre el número de actividades programadas en la hoja del indicador y el número de actividades para ese periodo en el PTEP.
- Ítem 2: Si bien la fuente de verificación corresponde a las "*Solicitudes de Correcciones de nómina-Orfeo*" se observa que en el reporte cualitativo se relaciona como evidencia los radicados de las novedades de la nómina de los cuatrimestres, señalando que no se presentaron solicitudes de correcciones de la nómina; en las actas de conciliaciones con contabilidad, se observan ajustes o correcciones identificadas en este proceso, por lo cual se evidencia que no hay claridad en el alcance de la medición del indicador.
- Ítem 4: Si bien se evidencia que la información registrada para el 2024, corresponde a lo descrito en los informes cuantitativos de la ejecución de los proyectos referenciados como evidencia, la información registrada para la vigencia 2023 corresponde a la misma del 2024, lo cual no es coherente con el resultado de estos mismos informes para esa vigencia.

[22] Digno de confianza independiente de quién realice la medición. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

- Ítem 6: No hay coherencia en días de permiso tomados en el trimestre (IVT): en la HV se reportan 8; sin embargo, la evidencia da cuenta de 11. Adicionalmente se observa que para los 4 trimestres se registra el mismo drive con la información solo del IVT.
- Ítem 7: Teniendo en cuenta que la fuente de información o verificación corresponde a la base de datos procesos - procedimiento contractual, como se indicó en varios de los informes presentados por la OCI en la vigencia 2024 (Austeridad, SIDEAP, Metas Plan Desarrollo "Bogotá Camina Segura"), la información registrada en la base de datos presentó inconsistencias que impiden garantizar la confiabilidad de la misma.
  De la verificación realizada al comportamiento del indicador en la vigencia, se evidencia que en total se registran 80 solicitudes de elaboración de contratos, lo cual difiere de la sumatoria de las programaciones trimestrales (193). De lo observado en el informe de Austeridad en el gasto IV T, se logró identificar mínimo 215 procesos contractuales adelantados solo en Contratos de prestación de servicios.
- Ítem 8: Si bien la fuente de verificación es confiable, la información del comportamiento del indicador en la vigencia presenta inconsistencias (en agosto y septiembre se registra la misma información) lo cual genera incertidumbre frente al resultado final de la medición reportada en la hoja de vida del indicador.
- Ítem 9: Si bien en la Hoja de vida se identifica como fuente de verificación la *Relación del inventario bienes registrados en sistema (descargado del Aplicativo de inventario Contar)* y las *Actas de revisión de inventarios*; de la verificación realizada a las actas relacionadas en el reporte cualitativo acumulado, no se identifica de manera clara en la reportada en abril (20242700040173), el número de elementos en físico por lo cual no es posible validar la información registrada en esta variable reportada en 506.

Las situaciones expuestas anteriormente dificultan garantizar la confiabilidad de la medición realizada.

Simplicidad[23]:

- Ítem 1: No es claro si la medición se realiza sobre actividades que son ejecutadas al 100% o se incluyen las ejecutadas parcialmente (III cuatrimestre). De igual manera no es clara la medición del III Cuatrimestre por cuanto se registra un total de actividades programadas de 60 que corresponderían al total de actividades de la vigencia, lo cual no es coherente con las mediciones anteriores que hacen referencia solo a las actividades programadas para los periodos reportados.
- Ítem 2: Si bien el indicador es claro en su definición y en su fórmula, no es preciso el alcance de la medición (Se registran en el monitoreo solo las correcciones solicitadas por los funcionarios sin tener en cuenta las identificadas en el proceso de conciliación con contabilidad) genera complejidad frente al resultado de la medición y por ende en la toma de decisiones que pudiera generar ese resultado.
- Ítem 4: No es clara la meta programada de 0 por cuanto el objetivo del indicador es conocer el número de personas que participan presencialmente en actividades artísticas y culturales.
- Ítem 6: La fórmula de indicador si bien es clara matemáticamente, no es coherente con la presentación del resultado; la formula corresponde a la sumatoria de las variaciones entre las variables ((X/Y) +(Z/Q) +(W/Q) +(T/Q)) pero su resultado se da en términos de promedio. Tampoco es claro la relación de agrupación por cuanto unas variables se refieren a días y otras a número de incapacidades.

[23] Debe ser de fácil comprensión, libre de complejidades. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

- Ítem 8: La fórmula dada ((A/E) (D/E) (G/H)) si bien identifica las variables para cada letra, no es clara en su ejecución; conforme esta formulada matemáticamente corresponde a la multiplicación de las sub operaciones sin que arroje un resultado real de ejecución promedio, lo cual puede generar errores de interpretación.
- Ítem 9: Si bien el indicador es claro en su definición y en su fórmula, la no precisión del alcance de la medición (inventarios parciales) genera complejidad frente al resultado de la medición y por ende en la toma de decisiones frente a este.

Oportunidad[24]:

- Ítem 1: Se establece una frecuencia de medición mensual; sin embargo, se registra una medición cuatrimestral.
- Ítem 4, 7 y 10: Se establece una frecuencia de medición mensual; sin embargo, se registra una medición trimestral.
- Ítem 8: Se establece una frecuencia de medición mensual; sin embargo, se registran solo reportes en marzo, junio, agosto, septiembre y diciembre.

Lo anterior dificulta la toma de decisiones oportunas frente a los resultados del comportamiento del indicador.

Sensibilidad[25]:

- Ítem 9: Teniendo en cuenta que el inventario no se realiza a los mismos activos durante la vigencia y que no se registra el número total de elementos del inventario de la entidad, no es posible identificar los distintos cambios de las variables a través del tiempo.

- Tipología de los Indicadores:

Eficiencia[26]:

Ítem 2: No mide la relación existente entre el objetivo del indicador y los recursos empleados para la consecución del mismo

Eficacia[27]:
Ítem 1 y 3: La meta programada no es coherente con los resultados obtenidos, por lo que no es claro como el resultado da cumplimiento al objetivo del indicador.

[24] Debe ser generado en el momento oportuno dependiendo del tipo de indicador y de la necesidad de su medición y difusión. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)
[25] El indicador debe ser capaz de poder identificar los distintos cambios de las variables a través del tiempo. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)
[26] Mide la relación existente entre el avance en el logro de un determinado objetivo y los recursos empleados para la consecución del mismo. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)
[27] Buscan determinar sí el cumplimiento de un objetivo específico es coherente con la meta establecida previamente. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

Efectividad o de Impacto[28]:

Ítem 4 y 6: No es clara la metodología implementada para determinar los cambios en la población objetivo; el indicador está orientado a consolidar información o conocer número de asistentes, sin aplicar evaluaciones de cambio estructural en la población beneficiaria ni metodologías de análisis de impacto,

Economía[29]:

Ítem 8: Si bien la clasificación "Economía" cumple para este indicador, se observa que el proceso de Gestión Financiera tiene otro indicador relacionado con el "Índice porcentual de ejecución presupuestal de inversión", el cual presenta las mismas características en su hoja de vida que el evaluado; sin embargo, se encuentra dentro de la tipología "Producto" (Medición cuantitativa de bienes o servicios producidos y provistos por la entidad), por lo cual se recomienda la revisión de esta tipología en el indicador relacionado con la ejecución presupuestal de inversión.

Calidad[30]:

Ítem 5 y 10: Sin observaciones.

- Nombre, objetivo y formula de los indicadores:

Conforme a lo establecido en la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4, DAFP (2018)* y el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023), un indicador debe ser claro, específico, medible y orientado a la gestión o mejora del desempeño institucional y adicionalmente "… *debe mantener una estructura coherente. Esta se compone de dos elementos: i) el objeto a cuantificar y ii) la condición deseada del objeto. Adicionalmente, puede incluirse un tercer componente que incorpore elementos descriptivos*" (DAFP)

En ese sentido se evidencia que los indicadores evaluados no todos tienen la estructura establecida en la guía y en el instructivo (Sujeto + verbo en participio pasado): ítems 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9 y 10

[28] Indicadores de impacto o efectividad buscan identificar, a través de metodologías minuciosas, los cambios en la población objetivo luego de implementados ciertos programas, proyectos o haber recibido ciertos bienes o servicios. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

[29] Permiten medir la capacidad de las entidades para producir, administrar, focalizar y destinar los recursos financieros disponibles de la forma más conveniente y adecuada, atendiendo a los requerimientos de los distintos programas en pro de cumplir con los objetivos planteados. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

[30] Buscan medir aspectos relacionados con la capacidad de la entidad para atender a las necesidades y demandas de sus usuarios bajo preceptos de rapidez e inmediatez a la hora de prestar los bienes o servicios que ofrece. (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

Dentro de la estructura de un indicador, el objetivo cumple la función de precisar el propósito de la medición, y no debe limitarse a describir una acción de observación o conocimiento; de lo observado en los indicadores evaluados, todos tienen como objetivo "*conocer*" o "*saber*", condición que impide identificar el propósito de la medición o la orientación de la acción de gestión sobre lo medido. Frente a esta identificación del objetivo del indicador, el Instructivo de Indicadores de Gestión Versión 5, precisa:

> *1.2.2 Objetivo del Indicador: Debe seguir la estructura definida en la Guía para la Formulación y Monitoreo de indicadores de desempeño y resultado (Qué se va a realizar (verbo en infinitivo) + Mediante qué (uso de los recursos) + Para qué (lo que desea transformar o lo que desea lograr), así como los criterios de formulación y las características SMART. De igual forma es necesario que el objetivo de este indicador se construya para el cuatrienio.*

Conforme lo anterior, se observa que ninguno de los indicadores evaluados cumple con lo antes señalado.

- Criterios de selección:

Pertinencia[31]:

- Ítem 2: Si bien el indicador precisa que se quiere medir el % de correcciones posteriores al pago de la nómina, no es claro el alcance de la medición (Solo las reportadas por los funcionarios o se incluyen los ajustes generados en conciliaciones).
- Ítem 6: El indicador está orientado a describir que se mide, no es claro para que se mide.
- Ítem 8: De acuerdo al resultado registrado al finalizar la vigencia en el reporte cualitativo (92%), no se identifican las acciones de mejora o decisiones tomadas frente a este resultado teniendo en cuenta que la meta era el 100%
- Ítem 9: La hoja de vida del indicador no precisa que los inventarios se registraran por muestreo (I Cuatrimestre: mobiliario de la bodega de recursos físicos, vigilancia, cafetería y servicios generales; II Cuatrimestre: Oficina financiera de la sede Casa Amarilla y III Cuatrimestre: Extintores), por lo cual no es posible garantizar que con los inventarios realizados en los 3 cuatrimestres se tenga un 100% de exactitud de inventarios activos.

Funcionalidad[32]:

- Ítem 4: El monitoreo se realiza frente a los resultados de los informes cuantitativos de los proyectos de inversión misionales 7682, 7713, 7664, 7674; sin embargo, no es clara la medición realizada por cuanto se está reportando el mismo número de asistentes tanto para la vigencia actual como para la vigencia anterior. De igual manera no es clara la meta programada del 0%, por cuanto se está midiendo la variación de asistencia entre un periodo y otro y no mantener una variación del 0%.
- Ítem 6: Se evidencian los ejercicios de monitoreo trimestral realizados; sin embargo, en el reporte cualitativo acumulado del indicador se evidencia que en la descripción general se señalan resultados diferentes a lo

[31] ¿El indicador expresa qué se quiere medir de forma clara y precisa? (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

[32] ¿El indicador es monitoreable? (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

registrado en el comportamiento del indicador en la vigencia. Conforme lo anterior, aunado a que no es claro para que se hace la medición, evidencia debilidades en la funcionalidad del indicador conforme esta formulado.

Utilidad[33]:

- Ítem 1: El indicador es relevante porque permite conocer si se están cumpliendo las actividades programadas; sin embargo, su utilidad se ve afectada por el incumplimiento de la frecuencia de medición (no se realiza mensual como lo requiere el indicador, sino trimestral), situación que puede no generar alertas oportunas para la toma de decisiones.
- Ítem 4: No es clara la oportunidad de los resultados de lo que se quiere medir.
- Ítem 6: Si bien este indicador está incluido dentro de los indicadores que evalúan el resultado del sistema de gestión de la seguridad en el trabajo (SG-SST) conforme se establece en el artículo 2.2.4.6.22 del Decreto 1072 de 2015; como se ha venido mencionando, está orientado a describir que se mide, pero no al análisis de los registros de enfermedades laborales, incidentes, accidentes de trabajo y ausentismo laboral por enfermedad, señalado en el numeral 8 de la norma antes citada.
- Ítem 10: No identifica de manera clara las acciones de mejora implementadas frente a los resultados de la medición.

Teniendo en cuenta las debilidades de los indicadores de gestión relacionadas con la formulación, medición, análisis y reporte expuestas anteriormente, se constituye el hallazgo No 7, pues los indicadores deben ser claros, medibles, útiles, oportunos y estructurados conforme a criterios técnicos (SMART) para garantizar su calidad y funcionalidad. Adicionalmente desde el 2023 no se han actualizado, lo cual contraviene lo establecido en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, versión 6 de diciembre de 2024, específicamente en su 4ª dimensión "Evaluación de Resultados", que establece como lineamiento general: Revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades. Según el Manual, los indicadores deben estar validados y actualizados para reflejar adecuadamente el avance hacia los objetivos institucionales, permitiendo así una evaluación efectiva del desempeño institucional y la toma oportuna de decisiones.

### 3.8. Autoevaluación de la gestión institucional:

Se realizó la verificación de lo dispuesto en el Procedimiento GM-PD-05 V5, se encontró lo siguiente:

| Actividad | C (Cumple) NC (No cumple) CP (Cumple Parcialmente | Observaciones |
|---|---|---|

[33] ¿El indicador es relevante con lo que se quiere medir? (Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP)

| | | |
|---|---|---|
| El proceso de Planeación define el esquema de medición en cascada, aplicando los lineamientos del Instructivo de Indicadores de Gestión de la Entidad. De acuerdo con las necesidades de medición identificadas, se revisan y adecuan las herramientas de autoevaluación de los procesos de periodos anteriores, con el fin de determinar los cambios y o ajustes que deban aplicarse en la vigencia actual. | C | Desde la Oficina Asesora de Planeación se definen los mecanismos a través de los cuales se hace seguimiento y evaluación a través de la identificación de objetivos, puntos clave, medición e indicadores.<br><br>La OAP solicita el reporte del seguimiento de los indicadores a cada proceso como primera línea de defensa, lo que permite mitigar posibles materializaciones de riesgos. |
| Realiza acompañamiento metodológico de acuerdo a los lineamientos de los procedimientos orientadores, sobre los siguientes instrumentos. Una vez los procesos identifiquen los riesgos, indicadores, actualicen el normograma, y/o formulen las ACM, tramitan la aprobación por cada líder y la envían a la Oficina Asesora de Planeación para su validación final y consolidación. | C | Cada equipo diligencia las matrices del monitoreo trimestral de los Indicadores y Riesgos conforme los lineamientos de la OAP y la normativa interna. |
| El profesional de apoyo SIG de la OAP, realiza la validación de contenidos y consolida los instrumentos (Mapa de riesgos, Matriz de Indicadores, Planes de Mejoramiento, Normograma) con la información resultado de las mesas de trabajo, los publica en el Drive del correo sistemadegestion@fuga.gov.co, previamente vinculado a la Intranet Institucional (Menú MIPG). | CP | No se evidencia la vinculación de los contenidos en la intranet. La gestión Fuga que se encuentra publicada en el link http://intranet.fuga.gov.co/politica-seguimiento-y-evaluacion-del-desempeno-institucional se encuentra desactualizada. |
| Cada proceso realiza reunión cuatrimestral con el equipo para hacer seguimiento conjunto de los siguientes elementos de control por proceso. Una vez consolidada la información, el proceso envía, dentro de los términos requeridos, el reporte a la Oficina Asesora de Planeación, para la verificación correspondiente. | C | La Oficina Asesora de Planeación de acuerdo con los lineamientos dados en la Ley 1474 de 2011 realiza cuatrimestralmente seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública y su anexo mapa de riesgos de corrupción, por tanto, solicita a cada proceso el monitoreo y reporte de las actividades programadas para cada periodo junto con las evidencias. |
| El Profesional de apoyo MIPG Semestralmente, consolida los siguientes informes: - Informe de Gestión por procesos (ranking) , a partir del análisis periódico previo de la gestión de Plan MIPG, Gestión de Riesgos, Matriz de Indicadores, Planes de Mejoramiento y Normograma, la identificación de fortalezas y oportunidades de mejora, para la presentación el Comité de Gestión y Desempeño y la toma de decisiones de la línea Estratégica, facilitando información al PN-CA-01 Proceso de Planeación para la medición del Plan Estratégico Institucional - Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno, con la gestión de 2 línea de defensa, y se transfiere a la 3a línea de defensa ( Oficina de Control Interno) para la evaluación correspondiente; posteriormente, con el apoyo del CO-CA-01 Proceso de gestión de Comunicaciones, se gestiona la publicación del informe en la Intranet Institucional -Menú MIPG - Política de Control Interno-Modulo Autodiagnósticos. Los Informes son consolidados en el servidor institucional y cargados en | CP | Los informes no se encuentran publicados en la Intranet Institucional -Menú MIPG como lo establece el procedimiento, sin embargo, se encuentran en la página web link https://www.fuga.gov.co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica. |

| | | |
|---|---|---|
| la serie documental de ORFEO conforme a los lineamientos del GDCA-01 Proceso de Gestión Documental. | | |

De la verificación de la documentación interna evaluada en este capítulo, se recomienda:

- Teniendo en cuenta lo manifestado en la entrevista del 29 de abril, se recomienda coordinar con la Oficina Jurídica mesas de trabajo para determinar la adecuada implementación o actualización del Procedimiento Identificación y Evaluación Periódica de lo Legal.
- Revisar los procedimientos vigentes y actualizarlos conforme la realidad institucional y las dinámicas propias de cada oficina.
- Asegurar que se cumplen los lineamientos institucionales en todos los procedimientos y mantener actualizada la página web y la intranet según aplique.
- Afianzar los resultados de la autoevaluación en la Entidad con la planeación estratégica, los planes y los indicadores de gestión.
- Revisar la necesidad de divulgación del instructivo Referenciación Competitiva de tal manera que se lleven a cabo ejercicios y se documenten los resultados.
- Analizar las recomendaciones presentadas en informes de auditoria pasadas e implementar las mejoras que se consideren pertinentes, con el fin de evitar reiteración en las observaciones por falta de ejecución en las actividades, como se presentó en el Instructivo Referenciación Competitiva.
- Revisar y ajustar las políticas de operación del procedimiento "*Control de Documentos del Sistema de Gestión*", de tal manera que no haya duplicidad de lineamientos (Política de Operación 1 y 11).
- Establecer controles para garantizar que los documentos publicados en la intranet, en la web institucional y en Orfeo, correspondan a versiones definitivas, contengan los logos oficiales actualizados y estén diligenciados conforme a los lineamientos internos.
- Evitar el uso de formatos reservados para áreas específicas (como la Oficina de Control Interno) por parte de otras dependencias.

## 4. Riesgos asociados al proceso:

Para evaluar la gestión de riesgos se toma como referencia los riesgos identificados por el proceso, consultados desde las bases remitidas por la OAP a través del drive referenciado en el radicado 20251200029733:

| RIESGO | CAUSA RAIZ ¿Porqué? | ZONA DE RIESGO INHERENTE | CONTROLES | ZONA DE RIESGO RESIDUAL |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Riesgo de Gestión:**<br>1. Posibilidad de afectación reputacional a nivel Distrital por los resultados negativos en la medición del sistema de gestión (FURAG) debido a la baja apropiación de herramientas de gestión en la entidad | Baja apropiación de herramientas de gestión en la entidad | **Moderado** | Control 1 (Preventivo): Con las herramientas diseñadas por los procesos, el profesional SIG, revisa que los indicadores, riesgos, ACM, Normograma, estén diligenciados de forma coherente con los lineamientos de la (GM-PO-01) Política de administración de riesgos, (GM-IN-03) Instructivo Indicadores de Gestión y (GM-PD-01) Procedimiento Planes de Mejoramiento, GM-PD-02 Procedimiento Identificación y Evaluación Periódica de lo legal. En caso de encontrar inconsistencias u oportunidades de mejora, registra los comentarios en los mismos documentos y los remite por correo electrónico a los lideres de proceso y gestores SIG<br>Control 2 (Detectivo): Cuatrimestralmente durante los seguimientos y monitoreos, el profesional MIPG, revisa maestralmente, la calidad e integridad de los datos y que la implementación de los indicadores, riesgos, planes de mejoramiento y el estado de actualización del normograma, correspondan a la realidad institucional y cumplan con los lineamientos de los procedimientos correspondientes. Si se observan inconsistencias, se incluyen los comentarios y recomendaciones en los campos de monitoreo de segunda 2a línea de defensa de las herramientas y los remite por correo electrónico a los lideres de proceso y gestores SIG | **Moderado** |

La redacción de los riesgos está basada en responder las preguntas ¿qué?, ¿cómo? Y ¿por qué? Identificando de manera clara el impacto, causa inmediata y la causa raíz.

En el análisis y evaluación de los riesgos se evidencia la calificación del impacto y la probabilidad siguiendo la metodología DAFP.

Se observa monitoreo de primera y segunda línea de defensa dando cumplimiento a lo establecido en la política de administración del riesgo y se hace referencia a los componentes establecidos.

Teniendo en cuenta el numeral 1 del presente informe implementación MIPG-FURAG, se evidencian debilidades que pueden afectar los resultados negativos en la medición del sistema de gestión (FURAG) y no han sido tenidas en cuenta en la identificación de la causa raíz y el establecimiento de controles.

Respecto a la implementación de los controles y plan de acción se evidencia:

**Riesgo 1**: Se determina una causa raíz, tiene vinculado dos controles, uno preventivo y otro detectivo, que describen responsable de ejecutar el control, acción y complemento.

Control 1: No es clara la articulación entre la causa raíz identificada y el control. El control establece que las evidencias se verifican por medio de la plataforma del GLPI; sin embargo, tal como se señaló en las limitaciones de la Auditoria no fue posible acceder a esta información, adicionalmente teniendo en cuenta las debilidades de los indicadores de gestión, planes de mejoramiento y las oportunidades de los riesgos expuestas en los numerales anteriores del presente informe, se concluye que el control no funciona adecuadamente.

En el plan de acción del tratamiento se observa que la acción “Realizar un piloto para el seguimiento de segunda línea de defensa en el módulo de indicadores del sistema de información Pandora”, no cumple con la función de mejora del control. Establece asignar y realizar seguimiento a través de los correos institucionales a las solicitudes de necesidades comunicacionales remitidas por las áreas, para la atención oportuna de las mismas. Los soportes remitidos no evidencian la implementación de la acción y no es claro el objetivo de la misma.

En el monitoreo presentado por 1ª. y 2ª. Línea de defensa no se reportan materializaciones del riesgo en la vigencia 2024; Desde la Oficina de Control Interno no se puede asegurar la materialización de la posible afectación reputacional; sin embargo, se recomienda revisar la administración de este riesgo y las debilidades del control.

Control 2: No es clara la articulación entre la causa raíz y el control. El control establece que las evidencias se verifican por medio de la plataforma del GLPI; sin embargo, tal como se señaló en las limitaciones de la Auditoria no fue posible acceder a esta información, adicionalmente teniendo en cuenta las debilidades de los indicadores de gestión, planes de mejoramiento y las oportunidades de los riesgos expuestas en los numerales anteriores del presente informe, se concluye que el control no funciona adecuadamente pues no detecta desviaciones. Se recomienda revisar la palabra maestralmente, no se identifica si es error de digitación o a qué hace referencia.

En el plan de acción del tratamiento se observa que la acción “Realizar actividades de socialización y sensibilización semestrales con Gestor SIG - MIPG de los procesos, sobre la adopción y monitoreo de los instrumentos de autoevaluación (planes, documentación de procesos, ACM, riesgos e indicadores, etc.)”, no cumple con la función de mejora del control. Establece asignar y realizar seguimiento a través de los correos institucionales a las solicitudes de necesidades comunicacionales remitidas por las áreas, para la atención oportuna de las mismas. Los soportes remitidos no evidencian la implementación de la acción y no es claro el objetivo de la misma.

En el monitoreo presentado por 1ª. y 2ª. Línea de defensa no se reportan materializaciones del riesgo en la vigencia 2024; sin embargo, teniendo en cuenta el numeral 2 del presente informe se evidencia que se podría materializar la causa inmediata. Desde la Oficina de Control Interno no se puede asegurar la materialización de la posible afectación reputacional; sin embargo, se recomienda revisar la administración de este riesgo.

De forma general se recomienda revisar los controles establecidos, pues corresponden solamente a actividades propias del proceso y no aseguran la mitigación del riesgo que se relaciona con la evaluación del FURAG que tiene un alcance amplio y estratégico en toda la Entidad.

**Se presenta una alerta por la inconsistencia en la administración del riesgo del proceso.**

## 5. Indicadores asociados al proceso:

**2024:** La verificación se realiza sobre la información aportada en el link; y lo registrado en Pandora, observándose que el proceso tiene identificados dos indicadores con clasificación: “*Gestión – Plan Estratégico*”:

| Nombre del Indicador | Fórmula | Tipo | Meta | Resultado 2024 |
|---|---|---|---|---|
| Id 814: Variación en el índice de gestión y desempeño (FURAG) alcanzado, respecto al periodo anterior. | ((Índice año actual - Índice del año anterior) / Índice del año anterior) *100 | Eficacia | 2.00% | 90.30% |
| Id 815 Variación en el índice de Sistema de Control Interno SCI alcanzado, respecto al periodo anterior | (Índice del semestre actual- Índice del semestre anterior) / (Índice del semestre anterior) *100 | Eficacia | 2.00% | 87.00% |

Fuente: Matriz Seguimiento Indicadores proceso 2024 (diciembre 2024) aportado por la OAP y Pandora

*Indicador 1. Variación en el índice de gestión y desempeño (FURAG) alcanzado, respecto al periodo anterior:*

Indicador en clave de riesgo; categoría: Desempeño; Frecuencia de medición: mensual; Unidad de medida: Porcentaje.

De la verificación realizada a las fuentes de información, se observa:

- Matriz "*Seguimiento indicadores procesos 2024 (diciembre 2024)*": no permite identificar las mediciones realizadas, ni registra el link de consulta de las evidencias.
- Pandora: no se registra la medición mensual, los avances se registran en agosto y diciembre y corresponden a la calificación general de la entidad frente a la gestión 2023.
- Página de **Medición Desempeño Institucional** https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzA3NjVjNDctNDVkZC00MWI0LWI0ZTQtZjhhZmY5NTg1Y2NmIiwidCI6IjUwNjQwNTg0LTJhNDAtNDIxNi1hODRiLTliM2VlMGYzZjZjZiIsImMiOjR9, (reportada como evidencia en Pandora): se observa que la medición corresponde a la gestión 2023 evaluada en el 2024, calificada en 90.3
- No se identifican las acciones de mejora generadas a partir de los resultados de la medición reportada por el DAFP

Conforme lo anterior y los lineamientos señalados en la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión Versión 4 de 2018 de la Función Pública*[34] y el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023), se observa:

- El indicador es un índice, no un indicador.
- No se cumplen integralmente todas las características señaladas en la guía, por cuanto:
  - La valoración realizada a los diferentes criterios del FURAG no es coherente con lo evidenciado por la OCI, conforme se observa en el ítem 1 del presente informe (Confiabilidad)
  - Se establece una frecuencia de medición mensual; sin embargo, se registra el índice de FURAG de la vigencia anterior en agosto y diciembre, lo cual no permite tomar decisiones oportunas frente a sus resultados (Oportunidad)

[34] https://www1.funcionpublica.gov.co/web/eva/detalle-publicacion?entryId=34220860

- La medición no se hace sobre evaluaciones propias, sino que depende del resultado del DAFP frente a la presentación de la evaluación de criterios del FURAG realizada por la entidad (Disponibilidad).
- El resultado final de la medición se presenta en diciembre lo cual no permite identificar cambios de las variables a través del tiempo. (Sensibilidad).

- La formulación del indicador esta articulada con el nombre; sin embargo, no es posible identificar si se articula con el objetivo del indicador, por cuanto éste no está definido conforme se señala en la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión* – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP y el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023)
- Si bien se clasifica como indicador de eficacia, la meta programada (2.00) no es coherente con los resultados obtenidos (90,30), por lo que no es claro como con el resultado se da cumplimiento al objetivo del indicador.

En términos generales es importante recordar que los indicadores se establecen con el fin de verificar el cumplimiento de objetivos y metas, así como tomar decisiones frente a los resultados. En la hoja de vida del indicador en el numeral de análisis no quedan claras las excepciones antes mencionadas, no es posible validar si efectivamente se cumple con el objetivo del indicador en relación con la periodicidad de medición establecida (*Medir la Variación en el índice de gestión y desempeño (FURAG) alcanzado, respecto al periodo anterio*r).

*Indicador 2 Variación en el índice de Sistema de Control Interno SCI alcanzado, respecto al periodo anterior:*

Indicador en categoría: Desempeño; Frecuencia de medición: anual; Unidad de medida: Porcentaje.

De la verificación realizada a las fuentes de información, se observa:

- Matriz "*Seguimiento indicadores procesos 2024 (diciembre 2024)*": no permite identificar las mediciones realizadas, ni registra el link de consulta de las evidencias.
- Pandora: si bien se registra la medición en diciembre, la información no corresponde con lo reportado (81) en la fuente de verificación registrada (Índice SCI Informe Pormenorizado MECI evaluado por la OCI 20251100015173). No hay coherencia entre la frecuencia de medición (anual) y las variables del indicador (semestral).
- No se identifican las acciones de mejora generadas a partir de los resultados de la medición reportada, considerando adicionalmente que, de acuerdo a los resultados de los dos informes semestrales de la OCI para la vigencia (20241100073083 y 20251100015173), este índice descendió en 7 puntos entre el 1er semestre (88) y el 2º. Semestre (81)

Conforme lo anterior y los lineamientos señalados en la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión Versión 4 de 2018 de la Función Pública* y el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023), se observa:

- El indicador es un índice, no un indicador.
- No se cumplen integralmente todas las características señaladas en la guía, por cuanto:
  - La medición registrada no es coherente con la fuente de verificación identificada en el indicador. (Confiabilidad)

- Si bien se define una periodicidad de medición anual, las variables establecen una medición semestral; conforme lo anterior y teniendo en cuenta los resultados de las mediciones de los dos semestres de la vigencia, no es oportuno la generación de la medición. (Oportunidad)
- El resultado final de la medición se presenta en diciembre lo cual no permite identificar cambios de las variables a través del tiempo. (Sensibilidad).

- La formulación del indicador esta articulada con el nombre; sin embargo, no es posible identificar si se articula con el objetivo del indicador, por cuanto éste no está definido conforme se señala en la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión* – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP y el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023)
- Si bien se clasifica como indicador de eficacia, la meta programada (2.00) no es coherente con los resultados obtenidos (87 reportado), por lo que no es claro como con el resultado se da cumplimiento al objetivo del indicador.

Conforme lo anterior, en términos generales se recomienda:

- Revisar y ajustar el reporte de seguimiento generado en Excel de tal manera que permita tener toda la información relevante que permita la evaluación de la gestión (medición, evidencias, resultados).
- Revisar y ajustar los indicadores conforme los lineamientos establecidos en la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión Versión 4 de 2018 de la Función Pública* y el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023).
- Revisar la pertinencia de los indicadores pues no son claras que decisiones permite su medición.
- Identificar y documentar las acciones de mejora generadas a partir de los resultados obtenidos en la medición.

## 6. Planes de mejoramiento:

### 6.1. Plan de Mejoramiento Institucional:

Se verificó la información cargada en la plataforma SIVICOF de la Contraloría de Bogotá al corte del 06/02/2025 y el informe presentado por la OCI el 20/12/2024 con la evaluación del plan de mejoramiento institucional de la entidad (20241100122283), evidenciándose el proceso auditado no tiene hallazgos y acciones correctiva abiertas bajo su responsabilidad.

### 6.2. Plan de Mejoramiento por Procesos:

Conforme lo observado, en el marco del *Seguimiento Plan de Mejoramiento por Procesos e Institucional de la FUGA* desarrollado por la OCI en junio de 2025, se evidenció que el proceso auditado no tiene acciones en ejecución en el PMP.

Respecto a la efectividad del plan de mejoramiento suscrito a partir de los resultados de la auditoría realizada en 2021 (radicado 20211100105913), se observa que para los 2 hallazgos identificados se suscribieron 3 actividades:

**Hallazgo 1:** *Si bien el Procedimiento Identificación y Evaluación Periódica de lo Legal (Código GM-PD-02) establece en la actividad 1: "La normatividad aplicable y los requisitos legales deben revisarse trimestralmente o antes, si los procesos identifican cualquier cambio normativo, conforme lo evidenciado", se evidencia que no se gestionaron las actualizaciones del III y IV Trimestre del 2020 y en adelante sólo se generan a partir de las alertas trimestrales presentadas por la Oficina Asesora de Planeación con lo cual no es posible garantizar el cumplimiento de lo establecido en el requisito identificado: "ARTÍCULO 5.- Competencia Administrativa. Los organismos y entidades administrativos deberán ejercer con exclusividad las potestades y atribuciones inherentes, de manera directa e inmediata, respecto de los asuntos que les hayan sido asignados expresamente por la ley, la ordenanza, el acuerdo o el reglamento ejecutivo". (Subrayado fuera de texto). Situación sobre la cual la OCI ya ha presentado alertas en desarrollo de las auditorías internas realizadas.*

En relación con este hallazgo, se formularon dos acciones de mejora: la primera (2021-46.1), orientada a actualizar la política de operación 4 del *Procedimiento Autoevaluación de la Gestión Institucional GM-PD-05*, con el propósito de realizar actividades de socialización y sensibilización, sobre la adopción y monitoreo de los instrumentos de autoevaluación ( planes, documentación de procesos, ACM, riesgos e indicadores, etc.) con el fin de fortalecer la implementación y mecanismos de autocontrol de primera línea, dispuestos por el Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno", agregando el componente de Normograma y las responsabilidades de su actualización; y la segunda (2021-46.2), actualizar el *Procedimiento de Identificación y Evaluación Periódica de lo Legal* (Código GM-PD-02) para incluir el recordatorio trimestral de actualización del normograma por parte del Profesional de apoyo SIG a los procesos.

Estas acciones fueron cerradas en la evaluación realizada por la OCI en junio de 2022 (20221100059583 Anexo 4); adicionalmente, en el ítem 3.3. del presente informe, se observa que se hacen los recordatorios y se da cumplimiento a la actividad de verificar el estado de la norma con periodicidad trimestral.

**Hallazgo 2**: *Se evidenció que el instructivo Indicadores de Gestión (Código GM-IN-03) Versión 1, se encuentra desactualizado por cuanto la versión vigente es de diciembre de 2014, incumpliendo los lineamientos del Manual Operativo MIPG Versión 4 de marzo de 2021 relacionado con el deber de formular indicadores para medir el desempeño y los resultados; y lo establecido en el Decreto 1083 de 2015, Artículo 2.2.21.3. 5.*

Sobre este hallazgo se formuló 1 acción de mejora relacionada con la implementación del módulo de indicadores en Pandora de acuerdo con las tipologías adoptadas en el instructivo de indicadores de la FUGA, actualizado desde nov2021 con las metodologías vigentes del DAFP; actividad cerrada en la evaluación de la OCI en junio de 2023 (20231100072083 Anexo 3) y que de acuerdo a lo evidenciado en los ítems 3.8 y 5. del presente informe, si bien fue eficaz pues se ejecutó en su momento, se evidencia que no ha sido eficiente por cuanto las hojas de vida de los indicadores evaluados no están articuladas con lo dispuesto en el instructivo interno ni con la metodología del DAFP como se identificó en los numerales antes referenciados. Tampoco ha sido una acción efectiva teniendo en cuenta las debilidades en los indicadores de gestión señaladas en el presente informe y la constitución nuevamente de un hallazgo.

Adicionalmente desde la Oficina de Control Interno se emite una **alerta relacionada con la inoperatividad del aplicativo PANDORA, herramienta institucional implementada para la gestión. Esta situación ha generado reprocesos, retrasos en las actividades de monitoreo y seguimiento y afecta la oportunidad y**

**eficiencia de este proceso particularmente. Adicionalmente, las limitaciones de funcionalidad no facilitan la toma de decisiones informadas y oportunas por parte de los responsables del seguimiento y líderes de proceso a los compromisos institucionales.**

**7. Aplicación de Tablas de Retención Documental (TRD):**

Conforme lo observado en los ítems anteriores, se evidenciaron las siguientes situaciones vinculadas a la implementación de las TRD:

- Proceso Gestión Talento Humano: no se incluyen en los expedientes laborales la concertación del acuerdo de gestión de los 5 gerentes que ingresaron en el 2024, incluido en la serie subserie: Historias Laborales.
- En la TRD de la dependencia 120 - Oficina Asesora de Planeación, serie “Sistema Integrado de Gestión”, no se evidencia la Subserie “Obsoletos”.
- No es claro el criterio que se implementa para incluir los radicados en cada subserie de la serie “*Sistema Integrado de Gestión*” de la dependencia 120 - Oficina Asesora de Planeación. Ejemplo: subserie “Procedimientos”, hasta el año 2022 se incluyeron los procedimientos vigentes en esa vigencia; sin embargo, para el 2024 y 2025 se están incluyendo los radicados con la gestión de actualización o modificación, eliminación, entre otros que hace parte de la subserie “Solicitudes Sistema Integrado de Gestión – SIG” y en el 2023 no se incluyeron radicados:

**2022:**

DETALLES EXPEDIENTE - Google Chrome

orfeo.fuga.gov.co/orfeodc/expediente/detalles_exp.php?&krd=MROMERO&codusuario=7&dependencia=110&carpeAnt=&verrad=&s_Listado=VerListado&fechah=20

**Expediente:** 202212006001200001E
**PROCEDIMIENTOS 2022**
...

Expediente creado por: Sergio Yesid Sandoval Díaz

| Radicado | Fecha__Radicacion | Tipo Documento | Asunto |
|---|---|---|---|
| 20231200027273 | 01-03-2023 12:22 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS GESTIÓN JURÍDICA FUGA 2022 |
| 20231200027263 | 01-03-2023 12:18 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS GESTIÓN FINANCIERA FUGA 2022 |
| 20231200027253 | 01-03-2023 11:50 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS RECURSOS FÍSICOS FUGA 2022 |
| 20231200027243 | 01-03-2023 11:43 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS GESTIÓN TIC FUGA 2022 |
| 20231200027233 | 01-03-2023 11:39 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DOCUMENTAL FUGA 2022 |
| 20231200027223 | 01-03-2023 11:33 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS SERVICIO AL CIUDADANO FUGA 2022 |
| 20231200027213 | 01-03-2023 11:30 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS TRANSFORMACIÓN CULTURAL PARA LA REVITALIZACIÓN DEL CENTRO FUGA 2022 |
| 20231200027203 | 01-03-2023 11:25 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DE LA GESTIÓN FUGA 2022 |
| 20231200027193 | 01-03-2023 11:21 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE MEJORA FUGA 2022 |
| 20231200027183 | 01-03-2023 11:16 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE TALENTO HUMANO FUGA 2022 |
| 20231200027173 | 01-03-2023 11:10 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES FUGA 2022 |
| 20231200027153 | 01-03-2023 11:05 | Procedimientos | PROCEDIMIENTOS PLANEACIÓN FUGA 2022 |

Cerrar

**2024:**

DETALLES EXPEDIENTE - Google Chrome

orfeo.fuga.gov.co/orfeodc/expediente/detalles_exp.php?&krd=MROMERO&codusuario=7&dependencia=110&carpeAnt=&verrad=&s_Listado=VerListado&fechah=2025-06-02&mostrar_o

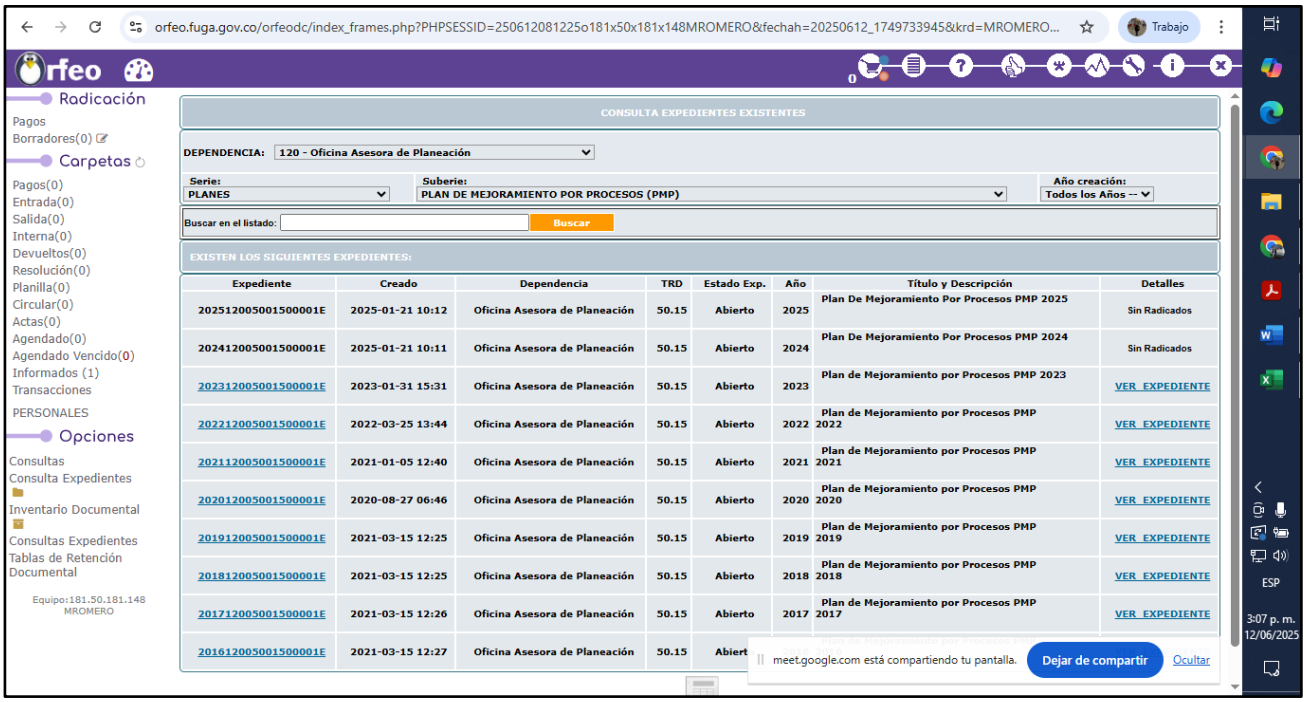
**Expediente:** 202412006001200001E
**PROCEDIMIENTOS - 2024**
...

Expediente creado por: Horacio Cruz Vásquez

| Radicado | Fecha__Radicacion | Tipo Documento | Asunto |
|---|---|---|---|
| 20242600115513 | 10-12-2024 16:38 | Procedimientos | SOLICITUD ACTUALIZACION DEL MANUAL DE POLITICAS CONTABLES |
| 20242000108523 | 21-11-2024 16:04 | Procedimientos | Alcance - Actualización procedimientos: Gestión de pagos y Gestión de ingresos |
| 20242600107023 | 18-11-2024 16:58 | Procedimientos | Alcance solicitud de modificación documentación proceso gestión financiera - Gestión Contable |
| 20242600104173 | 08-11-2024 11:31 | Procedimientos | Actualización procedimientos: Gestión de pagos y Gestión de ingresos |
| 20242500104163 | 08-11-2024 11:25 | Procedimientos | Adopción formato SIG y ajustes procedimiento Presupuesto |
| 20242800101113 | 30-10-2024 12:20 | Procedimientos | Solicitud de actualización de procedimientos - Gestión del Talento Humano |
| 20242000099433 | 21-10-2024 16:02 | Procedimientos | Solicitud de modificación documentación proceso gestión financiera |

Cerrar

- No se evidencia la implementación en las vigencias 2024 y 2025 de la TRD vinculada a la serie Planes de Mejoramiento.




**Eliminación de Hallazgos Informe Preliminar:**

De conformidad con la respuesta del equipo auditado al informe preliminar radicada el 26/06/2025 Orfeo 20251200063373, se elimina el hallazgo 4.

De acuerdo al resultado de la evaluación expuesta en los ítems desarrollados en el presente informe, se configuran los siguientes hallazgos:

| DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS | | |
|---|---|---|
| **No.** | **Requisito** | **Descripción hallazgo** |
| 1 | Decreto 648 de 2017 Artículo 2.2.21.4.8. | El proceso auditado presentó la información de Planes de mejoramiento por procesos con inconsistencias e incompleta, incumpliendo el compromiso establecido en la Carta de representación formalizada el 28/02/2025 con el radicado 20251200027053, que da cumplimiento al Decreto 648 de 2017 Art. 1: "Artículo (2.2.21.4.8 Instrumentos para la actividad de la Auditoría Interna… b) Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y |

| | | |
|---|---|---|
| | | oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno." |
| 2 | Guía de Caracterización de Ciudadanía y grupos de Valor (Versión 5 de noviembre de 2022) del DAFP<br>Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) Versión 6 de diciembre del 2024 Dimensiones 2, 4, 5 y 6.<br>Ley 1712 de 2014 Articulo 3, principios de calidad de la información y divulgación proactiva de la información | Debilidades e inconsistencias en la caracterización de ciudadanía y grupos de valor V4 (Ver numeral 1. Implementación MIPG-FURAG), incumpliendo los requisitos y lineamientos establecidos en:<br><br>- Guía de Caracterización de Ciudadanía y grupos de Valor V5. del DAFP.<br>- Dimensiones 2, 4, 5 y 6 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) V6.<br>- Ley 1712 de 2014 Articulo 3, principios de calidad de la información y divulgación proactiva de la información. |
| 3 | Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) Versión 6 de diciembre del 2024.<br>Circular externa No. 100 - 003 de 2025.<br>Decreto 1083 de 2015, artículos 2.2.22.3.10 y 2.2.23.3 | Falencias en la orientación, revisión y retroalimentación de la segunda línea de defensa sobre la información institucional registrada en FURAG vigencia 2024 (Ver numeral 1. Implementación MIPG-FURAG), incumpliendo lo establecido en Circular externa No. 100 - 003 de 2025 numeral 5 que establece "*Es responsabilidad de los representantes legales de cada entidad velar por la* ***veracidad, confiabilidad*** *y oportunidad de la información que se reporta a través de FURAG*" (Negrilla fuera de texto) y los lineamientos sobre la medición de la implementación de MIPG. |
| 4 | Decreto 1499 de 2017 (Modifica el Decreto 1083 de 2015). Guía de Implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.<br>MIPG. Dimensión 6. Gestión del Conocimiento y la Innovación. | En 2024 la entidad no definió mecanismos efectivos para la identificación, gestión, socialización y aprovechamiento del conocimiento institucional, ni desarrolló estrategias nuevas que promuevan la innovación como herramienta de mejora continua, incumpliendo la implementación de la Política de Gestión del Conocimiento, la Innovación y los lineamientos sobre el tema. (Ver numeral 1. Implementación MIPG-FURAG – Procesos de innovación 2024) |
| 5 | Procedimiento Planes de Mejoramiento Código GM-PD-01<br>MIPG. Dimensión 7. Control Interno. Dimensión 4 Evaluación de Resultados.<br>Ley 87 de 1993 Art. 4 Literal j, | Falencias en la formulación y seguimiento a los planes de mejoramiento por procesos, incumpliendo lo establecido en el procedimiento Planes de Mejoramiento Código GM-PD-01 V7, Dimensión Control Interno, Dimensión 4 de Evaluación de Resultados MIPG y Ley 87 de 1993 Art. 4 Literal j. (Ver numeral 3.2 del presente informe) |
| 6 | Procedimiento Control de Documentos del Sistema de Gestión Código GM-PD-04 | No se controlan ni administran de manera adecuada los documentos del SIG, incumpliendo los lineamientos establecidos en el procedimiento Control de Documentos del Sistema de Gestión Código GM-PD-04 V8, el Instructivo |

| | | |
|---|---|---|
| | Instructivo Diseño y Estructura de los Documentos SIG GM-IN-01<br>MIPG Dimensión 3 Gestión con valores para resultados<br>MIPG Dimensión 7 Control Interno | Diseño y Estructura de los Documentos SIG GM-IN-01 versión 8 y lineamientos MIPG (Ver numerales 3.4 y 3.5 del presente informe). |
| 7 | Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, versión 6 de diciembre de 2024, específicamente en su 4ª dimensión "Evaluación de Resultados"<br>Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión – Versión 4 del Departamento Administrativo de la Función Pública.<br>Instructivo de Indicadores de Gestión GM-IN-03 (Versión 5 del 28/09/2023 | Debilidades en la formulación, medición, análisis y reporte de los indicadores de gestión, incumpliendo los lineamientos internos y externos. (Ver numeral 3.7 Instructivo Indicadores de gestión) |

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

- Fortalecer los controles que permitan subsanar los aspectos evidenciados por el DAFP a partir del reporte realizado por la entidad en el FURAG.
- En general se recomienda revisar y ajustar las hojas de vida de los indicadores, dando cumplimiento integral a lo señalado tanto en la *Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión* – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP como en el *Instructivo de Indicadores de Gestión* – Versión 5 (septiembre de 2023) y en especial a los indicadores evaluados, ajustar las situaciones expuestas anteriormente de conformidad con lineamientos dados frente al tema de indicadores.
- Actualizar la planta global de empleo en cumplimiento de la normatividad vigente y según la realidad institucional.
- Actualizar el procedimiento Planes de Mejoramiento para definir las responsables de la 1ª línea de defensa.
- Se evidencia una alerta por riesgo en la gestión institucional, derivado de la inoperatividad sostenida del aplicativo implementado para el monitoreo de indicadores y planes de mejoramiento. Si bien se cuenta con módulos diseñados para optimizar estos procesos, desde el año 2024 persisten fallas que han imposibilitado su utilización, obligando a realizar la gestión de forma manual. Esta situación compromete la eficiencia, trazabilidad y oportunidad en el seguimiento a la mejora institucional, por lo que se recomienda una atención inmediata para mitigar impactos en el control y la toma de decisiones.

- Desde la OCI se genera una alerta por incumplimiento en los lineamientos establecidos en el Manual Operativo del MIPG, versión 6 (diciembre 2024), que señala expresamente la obligación de incorporar la gestión del conocimiento y la innovación como prácticas sistemáticas y transversales en todos los procesos de la entidad. Se recomienda priorizar la implementación efectiva de esta política y establecer mecanismos de seguimiento que garanticen su cumplimiento. Se recomienda su priorización.
- Actualizar la información en Orfeo, conforme la TRD del proceso.
- Sensibilizar y capacitar a los funcionarios encargados de la elaboración, revisión y publicación de documentos institucionales, con el fin de fortalecer el conocimiento y la aplicación efectiva del *Instructivo Diseño y Estructura de los Documentos SIG* y demás lineamientos del SIG
- Formular indicadores que faciliten *"…el conocimiento del desempeño de los procesos (resultados intermedios) para identificar los posibles cuellos de botella, las demoras y tiempo de espera, así como el ciclo de maduración del servicio (tiempo de resolución desde el inicio de un trámite hasta su resolución*)" Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión – Versión 4 (mayo de 2018) del DAFP.
- Garantizar que los indicadores informen sobre el nivel de avance y de progreso hacia el logro de los resultados finales de manera oportuna.
- Implementar el Instructivo Referenciación Competitiva vigente para articular mejoras institucionales con experiencias de otras entidades.
- Realizar mesas de trabajo continuas con los enlaces de cada proceso, con el fin de garantizar que la formulación de los planes de mejoramiento se ajuste con el procedimiento y las observaciones generadas desde la Oficina de Control Interno en virtud de las auditoras internas.
- A la OAP identificar e implementar mecanismos de control que aseguren el cumplimiento estricto del procedimiento de Planes de Mejoramiento, específicamente para garantizar que cualquier modificación relacionada con la causa raíz, actividades, responsables o fechas sea debidamente comunicada de manera oportuna a la tercera línea de defensa.
- A los procesos se recomienda revisar las diferentes situaciones evidenciadas en este informe y realizar los ajustes que se consideren pertinentes.
- Se recomienda en términos generales revisar la gestión total del proceso y asegurar el cumplimiento de los lineamientos internos y externos.

## FICHA TÉCNICA:

### Herramientas Utilizadas:

- Lista de Verificación: TIC, Talento Humano, Servicio al Ciudadano y Oficina Asesora de Planeación
- Actas de Reunión
- https://www.fuga.gov.co/transparencia
- https://intranet.fuga.gov.co/node/23
- Orfeo
- Servidor institucional: ruta \\192.168.0.34\plan operativo integral

## CONCLUSIONES DE AUDITORÍA:

En el desarrollo de la auditoria se presentan debilidades en términos de eficacia, eficiencia y efectividad en la gestión del proceso.

**ANEXOS:**

- Anexo 1: Seguimiento MIPG 2024.
- Anexo 2. Seguimiento Mapa de Riesgos 2024.
- Anexo 3. Seguimiento Planes de mejoramiento.
- Anexo 4. Validación Control de Documentos SIG.

Este documento corresponde a los resultados del Informe Preliminar presentado y aprobado mediante acta radicada con el No. 20251100062933 de fecha 24/06/2025 con el Líder del Proceso y el equipo auditado.

| |
|---|
| MARÍA JANNETH ROMERO MARTÍNEZ<br>LAURA JULIANA FANDIÑO CUBILLOS |
| **EQUIPO AUDITOR** |
| ANGELICA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ |
| **JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO** |

Radicado: **20251100063923**
Fecha 27-06-2025 14:53

**El Documento 20251100063923 fue firmado electrónicamente por:**

| | |
|---|---|
| **Laura Juliana Fandiño Cubillos** | **Contratista**,<br>Oficina de Control Interno ,<br>ID: 1016004056,<br>lfandino@fuga.gov.co,<br>Fecha de Firma: 27-06-2025 15:06:57 |
| **Maria Janneth Romero** | **Contratista**,<br>Oficina de Control Interno ,<br>ID: 51841680,<br>mromero@fuga.gov.co,<br>Fecha de Firma: 27-06-2025 14:57:37 |
| **Angélica Hernández Rodríguez** | ,<br>Oficina de Control Interno ,<br>ID: 1016009105,<br>ahernandez@fuga.gov.co,<br>Fecha de Firma: 27-06-2025 15:43:57 |

3de069b8427beb326f0fccc5988592f2d465662c312d93cd34e2d89abdbe40d2
Codigo de Verificación CV: df52c

Anexos: 4 folios, Anexo 1 MIPG, Anexo 2 Riesgos, Anexo 3 PMP, Anexo 4 Control Dctos SIG