

Bogotá D.C, viernes 30 de enero de 2026

PARA: Blanca Andrea Sánchez Duarte

DE: Angélica Hernández Rodríguez
Jefe Oficina de Control Interno, Oficina de Control Interno

ASUNTO: Entrega Informe de Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno II semestre 2025

Respetada Doctora:

Anexo remito Informe de Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno II semestre 2025, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 41 del Decreto Distrital 807 de 2019, *“El jefe de la Unidad de la Oficina Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”*.

Es importante que los responsables de procesos, realicen el respectivo análisis sobre la verificación realizada por esta Oficina, y si consideran pertinente establezcan las acciones necesarias.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1712 de 2014, Arts. 9, lit d) y 11, lit e), el documento en mención será publicado en la página web institucional, ruta Transparencia – Informes de Control Interno.

Cordialmente,

Angélica Hernández Rodríguez
Jefe Oficina Control Interno

C/C Liliana Patricia Hernández - Subdirectora de Gestión Corporativa
Anggie Lorena Ramírez - Jefe Oficina Asesora de Planeación
José Aldana Romero - Subdirectora para la Gestión del Centro de Bogotá
Daniela Jiménez – Subdirectora Artística y Cultura
María Alexandra Sandoval Concha – Jefe Oficina Jurídica
Erika Ríos- Contratista Líder de Comunicaciones

*Comité Institucional de Coordinación de Control Interno



Dirección: Calle 10 # 3-16, Bogotá D.C. - Colombia
Atención virtual de servicio al ciudadano: Línea de WhatsApp 3227306238
Oficina virtual de correspondencia: atencionalciudadano@fuga.gov.co
Teléfono: +60(1) 432 04 10
Información: Línea 195
www.fuga.gov.co



Documento 20261100015803 firmado electrónicamente por:

**Angélica Hernández
Rodríguez**

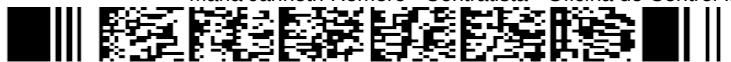
Jefe Oficina de Control Interno

Oficina de Control Interno

Fecha firma: 30-01-26 09:32:18

Maria Janneth Romero - Contratista - Oficina de Control Interno

Aprobó:




8f977d515cdf835f61d4dcbe71337dbf5af702fa8dd2ccc8f2f85e6f7e41dd6f

Código de Verificación CV: 752c4



Dirección: Calle 10 # 3-16, Bogotá D.C. - Colombia

Atención virtual de servicio al ciudadano: Línea de WhatsApp  3227306238




Oficina virtual de correspondencia: atencionalciudadano@fuga.gov.co

Teléfono: +60(1) 432 04 10

Información: Línea 195

www.fuga.gov.co



  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3




INFORMES Y/O SEGUIMIENTOS	*20261100015813* Radicado: 20261100015813 Fecha: 30-01-2026
----------------------------------	---

NOMBRE DEL INFORME:	Informe de Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno
FECHA:	30 de enero de 2026
DEPENDENCIA, PROCESO, PROCEDIMIENTO Y/O ACTIVIDAD:	Oficina Asesora de Planeación Subdirección de Gestión Corporativa Subdirección para la Gestión del Centro de Bogotá Subdirección Artística y Cultural Oficina Jurídica Comunicaciones
LIDER DEL PROCESO:	Anggie Ramírez - Jefe Oficina Asesora de Planeación Liliana Hernández - Subdirectora de Gestión Corporativa José Luis Aldana - Subdirector para la Gestión del Centro de Bogotá Daniela Jiménez - Subdirectora Artística y Cultural Alexandra Sandoval - Jefe Oficina Jurídica Erika Ríos – Contratista Comunicaciones *Comité Institucional de Coordinación de Control Interno
RESPONSABLE OPERATIVO:	Todos los servidores de la FUGA
OBJETIVO:	Reportar una síntesis del estado del Sistema de control interno de la entidad en el marco del proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG - Dimensión de Control Interno con sus cinco componentes: Ambiente de control, Evaluación del riesgo, Actividades de control, Información y comunicación, Actividades de monitoreo.
ALCANCE:	Junio – Diciembre 2025.

NORMATIVIDAD APLICABLE:

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1474 2011 Art 9. “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”
- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”
- Decreto 807 de 2019 "Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones"

ACTIVIDADES REALIZADAS:

  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

- Notificación del Seguimiento.
- Solicitud de información a la segunda línea de defensa – Oficina Asesora de Planeación.
- Análisis de la información y de la normatividad.
- Generación de informe.

De conformidad con la normatividad vigente, la oficina de Control Interno genera el informe, teniendo en cuenta la información de las evaluaciones independientes realizadas, información suministrada por la segunda línea de defensa – Oficina Asesora de Planeación con la evidencia soporte de los avances, y la información difundida a través de los distintos medios dispuestos por la Entidad durante el periodo de evaluación (Página web, servidor institucional e Intranet).

De conformidad con la normatividad vigente, el informe se presenta ante la Dirección de la Entidad y se publica en la página web institucional sección Transparencia, Informes emitidos por la oficina de control Interno.

Ver información ampliada por cada componente del Sistema de Control Interno en el Anexo adjunto.

RESULTADOS GENERALES Y OBSERVACIONES:

El presente informe muestra el estado del Sistema de Control Interno en la Fundación Gilberto Alzate Avendaño, tomando como insumo la información entregada por la segunda línea de defensa sobre la gestión de la Entidad durante el II semestre de la vigencia 2025, registrada en la herramienta elaborada por el DAFP, donde se plasman y evalúan las evidencias frente a la implementación de los cinco componentes de control interno:

1. Ambiente de control.
2. Evaluación del riesgo.
3. Actividades de control.
4. Información y comunicación.
5. Actividades de monitoreo.




Lo anterior, teniendo en cuenta que el Control Interno es el mecanismo de la Entidad que permite cumplir su propósito a las demás dimensiones.

1. Ambiente de control.

Este componente comprende las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno en la Entidad, basadas en el compromiso, liderazgo, valores y lineamientos dados por la alta dirección, por lo tanto, está articulado directamente con las dimensiones de Talento humano, Direccionamiento estratégico y planeación, Gestión con valores para resultados, Información y comunicación.

En el periodo evaluado se observa aumento de un punto en el porcentaje de implementación.




En la implementación de este componente se resaltan las siguientes fortalezas y/o avances en la FUGA:

  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

- En el Programa de Transparencia y Ética Pública 2025, se encuentran formuladas actividades relacionadas con la aplicación del código de integridad, incluyendo la aplicación de un instrumento de evaluación sobre la adopción de los valores del código de integridad.
- En 2025 no se reportaron conflictos de interés a la tercera línea de defensa.
- La detección y prevención del uso inadecuado de la información privilegiada se ha tenido en cuenta en la construcción de riesgos del proceso de TICs en los riesgos de seguridad de la información en el mapa de riesgos vigente.
- Se implementaron tablas de control de acceso revisada por el comité de archivo y con lineamientos aplicados.
- Se continúan implementando tablas de control de acceso.
- El CICCI opera adecuadamente según los lineamientos y normatividad vigente.
- Se cuenta con la Guía Gestión de Conflicto Intereses TH-GU-06 V4
- En la Fuga se cuenta con un canal de denuncias internas publicado en intranet.
- En los reportes para auditorías y seguimientos se ha validado la implementación y cumplimiento del esquema de líneas de defensa.
- Se mantiene el diagnóstico matriz de líneas de defensa consolidado por la OAP y la OCI aprobado en el comité directivo y el mapa de aseguramiento socializado en el CICCI.
- Se mantiene la Política de Administración del riesgo aprobada en el Comité Directivo - CICCI de Agosto de 2024 conforme los lineamientos DAFP.
- En comités y tráficos directivos se revisa el cumplimiento de las metas, presupuesto y cambios de entorno.
- La OAP y la OCI presentan periódicamente alertas y recomendaciones en el marco del comité directivo (gestión y desempeño - CICCI).
- Se aprueba y se hace seguimiento al plan anual de auditorías en el marco del CICCI.
- La dirección General analiza los resultados y principales alertas contenidas en los informes que presenta la OCI, toma decisiones y genera lineamientos.
- En 2025 se evidencia que los controles relacionados con vinculación e ingreso de personal se mejoraron e implementaron cumpliendo con los requisitos evaluados.
- Se resalta que se continuó con la implementación de controles en las actividades relacionadas con la permanencia del personal.
- Se presentaron los estados financieros 2024 en marzo de 2025 en el marco del comité de dirección - Gestión y Desempeño y CICCI.
- Desde la primera línea de defensa se ha presentado monitoreo periódico del plan estratégico de Talento Humano en el comité directivo para la toma de decisiones.
- Desde la OCI se evaluó la ejecución del Programa de Transparencia y Ética Pública 2025.
- En seguimientos a austeridad 2025 se evidencia cumplimiento de los requisitos relacionados con el retiro de personal.

Principales debilidades evidenciadas en la implementación del componente:

- Si bien el proceso de gestión jurídica contiene los lineamientos generales sobre la evaluación de los productos y servicios, los ajusta y actualiza; la OCI ha observado falencias en los informes de actividades de contratistas e informes de supervisión.
- En las auditorías que ha realizado la OCI, especialmente en la de Gestión de mejora, y seguimiento a metas, se observó que la primera línea no genera acciones de mejora o no son efectivas frente a las observaciones y recomendaciones y algunos hallazgos de vigencias anteriores persisten, esto implica que se han materializado riesgos y se reiteran los hallazgos pues se presentan alertas de incumplimientos normativos.

  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

- Si bien el proceso de gestión jurídica contiene los lineamientos generales sobre la evaluación de los productos y servicios, los ajusta y actualiza; la OCI ha observado falencias en los informes de actividades de contratistas e informes de supervisión.
- Los procedimientos del proceso gestión de mejora no se están implementando de manera adecuada como se observó en la auditoría 2025.

2. Evaluación del riesgo.

Este componente hace referencia al ejercicio transversal de identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos de la Entidad, bajo el liderazgo de la alta dirección, y con responsabilidad de todos los servidores.




Durante el periodo evaluado se observa un aumento del porcentaje de implementación de 3 puntos.

En la implementación de este componente se resaltan las siguientes fortalezas:

- En mayo de 2024 se desarrolló taller de planeación estratégica, se analizaron los recursos, proyectos, metas y cambios de entorno, como resultado se definió la plataforma estratégica de la Entidad.
- Con la resolución 165 de 2024 se actualizó la plataforma estratégica.
- Se evidencia la publicación del plan estratégico institucional.
- Se evidencia plan de acción institucional 2025.
- Los objetivos de los procesos que se actualizan son aprobados por líderes de proceso y en el marco del comité directivo se presentan informes de gestión procesos, reportes, alertas y se toman decisiones sobre el seguimiento a los proyectos de inversión, la gestión por procesos y la ejecución de los planes institucionales.
- Se mantiene la Política de Administración del riesgo aprobada en el Comité Directivo - CICC de Agosto de 2024 conforme los lineamientos DAFP vigentes hasta 2025.
- Los objetivos de los proyectos y procesos son específicos, medibles y alcanzables.
- La OAP como segunda línea de defensa recopila información clave frente a la administración de los riesgos y la presenta en instancias de Alta Dirección.
- En el marco del comité directivo y CICC se presentan alertas y monitoreos de los riesgos desde segunda y tercera línea de defensa.
- El mapa de riesgos de corrupción fue actualizado y aprobado para la vigencia 2025, teniendo en cuenta los cambios de entorno, el análisis liderado por la OAP y las recomendaciones metodológicas hechas por la OCI en los seguimientos a los riesgos de corrupción.
- Se mantiene que en el seguimiento desde segunda línea de defensa se aclara la relación del seguimiento sobre la Política de Prevención y Daño Antijurídico con el lineamiento.
- La alta dirección analiza los cambios organizacionales que impactan el control interno y se refleja en el cumplimiento de metas y resultados de las auditorías externas.

Las principales debilidades evidenciadas en la implementación del componente son:

- Persisten debilidades en algunos controles como se evidencia en auditorías internas y seguimientos periódicos.
- Se presentaron nuevamente alertas de posibles materializaciones de riesgos de gestión, así mismo se evidenciaron materializaciones detectadas en las auditorías internas realizadas por la OCI.

  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

- Si bien se cuenta con los lineamientos para atender riesgos materializados dentro de la política de administración de riesgos, no se está ejecutando integralmente, tal como se ha evidenciado en las auditorías internas.
- En el marco de la auditoría interna al proceso gestión de mejora se evaluó el mapa de riesgos institucional y se hicieron alertas y observaciones frente al monitoreo de segunda línea de defensa, se recomienda revisar los resultados.

3. Actividades de control.

El tercer componente hace referencia a la implementación de controles y mecanismos para dar tratamiento a los riesgos identificados.


Durante el periodo evaluado se observa que se disminuyó el porcentaje de implementación 2 puntos.

Se resaltan las siguientes fortalezas y/o avances en la implementación del componente:

- La Resolución 112 de 2019 reglamenta el Comité Institucional de Gestión, y Desempeño MIPG articulándolo con el SIG.
- Como entidad distrital se acogen las disposiciones del decreto 221 de 2023 por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital.
- La OAP en el marco del acompañamiento a la identificación de riesgos implementó en el mapa de riesgos institucional la evaluación de controles.
- Se ha evaluado el diseño de controles en segunda y tercera línea de defensa, lo que ha permitido evidenciar las oportunidades de mejora correspondientes.
- Se ha realizado el monitoreo de los riesgos según lo establecido en la política de administración de riesgos.
- El Plan Estratégico (PETI) versión 1 fue aprobado en comité directivo de enero de 2025, en auditoría interna 2024 se evidenció la subsanación de debilidades encontradas en anteriores seguimientos, se presenta periódicamente en comité directivo el seguimiento a su ejecución.
- En el comité directivo de mayo 2023 se presentó el estudio de cargas laborales dónde se evidencian las falencias de personal y se hacen recomendaciones para una posible reestructuración.
- En la auditoría interna de TICs realizada en 2024 se tomó una muestra para evaluar la gestión contractual relacionada con el proceso donde se evidenció que se controlan los productos entregados y obligaciones ejecutadas por los proveedores de tecnología.
- Se mantienen vigentes los riesgos de seguridad de la información ajustados de acuerdo a las recomendaciones de la OCI aprobados en el Comité Directivo.
- La OAP continúa presentando la información consolidada sobre el monitoreo de riesgos para que la Alta Dirección analice los resultados.
- La OCI evaluó el mapa de riesgos institucional y realizó la respectiva retroalimentación de controles en el marco de la auditoría al proceso gestión de mejora.

Se evidencian las siguientes debilidades:

- Desde la OCI en las auditorías internas se han evaluado los controles establecidos, si bien se evidencian avances significativos en la administración de riesgos a nivel institucional, en la operación de los procesos se han encontrado debilidades relacionadas con la implementación y efectividad de los controles.

	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

- Si bien se hace seguimiento al cumplimiento de actividades y productos de los contratistas y proveedores no hay evidencia suficiente de los controles establecidos (teniendo en cuenta resultados de auditorías).
- Desde junio de 2021 se evidencia la construcción de la matriz de roles y usuarios. Sin embargo, aún no es posible evidenciar si el control opera de forma adecuada y es efectivo, adicionalmente el seguimiento presentado no es claro.
- En la auditoría interna de TICs se identificaron hallazgos relacionados con la materialización de los riesgos y los planes de tratamiento para enfrentarlos y mantener el servicio en la Entidad.
- En la auditoría al proceso Gestión de mejora que da línea sobre la actualización de la documentación se observaron debilidades relacionadas con la documentación del proceso y los lineamientos institucionales al respecto.
- Durante los ejercicios de auditoría desarrollados en 2025 se observaron oportunidades de mejora y se evidenciaron falencias por incumplimientos normativos; por lo tanto, se recomienda revisar los resultados integralmente para la evaluación de la estructura de control de la entidad y continuar mejorado su implementación.
- En 2025 fueron persistentes las debilidades frente a los planes de mejoramiento por procesos.

4. Información y comunicación.

En este componente se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos, divulguen los resultados y muestren mejoras en la gestión administrativa, procurando que la información y la comunicación de la entidad sea adecuada.




Durante el periodo evaluado se evidencia que se aumentó un punto en el porcentaje de implementación.

En la implementación de este componente se resaltan las siguientes fortalezas y/o avances en la implementación:

- Se cuenta con el plan estratégico de comunicaciones aprobado por la Alta Dirección V 1 2024-2027 aprobado en enero de 2025, publicado en la página web institucional y el respectivo plan de acción.
- El proceso de Gestión Documental define el manejo de la información en la entidad.
- La Alta Dirección ha generado espacios y mecanismos para socializar los objetivos y metas estratégicas.
- El canal de denuncias internas se encuentra implementado y funcionando.
- La entidad cuenta con procesos o procedimiento para el manejo de la información entrante.
- La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación.
- Se cuenta con lineamientos institucionales para evaluar periódicamente los canales de comunicación en el informe de calidad de PQRSD y el informe de satisfacción de usuarios.
- Se actualizó la caracterización de usuarios en 2025.

Las principales debilidades evidenciadas en la implementación del componente son:

- Teniendo en cuenta que en el seguimiento de segunda línea de defensa se relaciona PANDORA en el criterio 13.1, en las auditorías y seguimientos realizados por la OCI en 2025, se identificaron debilidades en la implementación de PANDORA, pues se encontraban en estabilización de la mayoría de módulos; por lo tanto, no es claro cómo se procesan datos y

  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

transforman en información, en temas relevantes como reportes de proyectos de inversión, indicadores y planes de mejoramiento.

- En los seguimientos de PQRSD se verifican muestras de peticiones, sobre las cuales se evaluaron los criterios de coherencia, calidad, calidez y oportunidad encontrando oportunidades de mejora en la oportunidad de las respuestas a las PQRSD.
- No se cuenta con un análisis de información externa relevante.
- Si bien, se actualizó la caracterización de usuarios en 2025, en la auditoría al proceso gestión de mejora se evidenciaron debilidades metodológicas en la construcción del documento 2024 y se constituyó un hallazgo sobre este tema y el plan de mejoramiento del proceso aún presenta falencias.
- No se han construido políticas de operación específicas para la administración de información que incluyan niveles de autoridad y responsabilidad.




5. Actividades de monitoreo

Este componente hace referencia a las actividades de seguimiento al estado del Sistema de Control Interno de la Entidad, basándose primordialmente en los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos identificados, valorar la eficiencia, eficacia y efectividad del control interno y los procesos, los resultados de la gestión y el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, con el fin de establecer acciones de mejoramiento.

Durante el periodo evaluado se evidencia una disminución de 4 puntos en el porcentaje de implementación.

Se resaltan las siguientes fortalezas:

- El plan anual de auditoría y sus actualizaciones se aprueban en el CICCÍ, donde se presenta además el seguimiento a su ejecución.
- En los comités coordinadores de control interno se presentan los resultados de las evaluaciones que hace la OCI y la Dirección General genera compromisos con el equipo directivo que hace seguimientos internos con sus equipos.
- La Directora General hace recomendaciones y genera lineamientos sobre los informes que radica la OCI para mejorar la gestión en comités de tráfico directivo.
- La OCI ha realizado las evaluaciones independientes programadas en el plan anual de auditorías.
- La OAP y la OCI consolidaron el diagnóstico matriz de líneas de defensa que fue aprobado en el comité directivo y el mapa de aseguramiento fue socializado en el CICCÍ.
- La entidad atiende las evaluaciones externas de entes de control y vigilancia, y formula los planes de mejoramiento requeridos según la normatividad vigente.
- Todos los informes de seguimiento y auditorías son socializados previa radicación, posteriormente son radicados por orfeo a la Alta Dirección y se socializan en el marco del CICCÍ para la toma de decisiones.
- La OAP lidera la recopilación de información de la autoevaluación de primera línea de defensa y presenta los resultados en comités directivos donde se toman decisiones para la mejora continua.
- Se ha evidenciado coordinación y articulación de las tres líneas de defensa mejorando los resultados de la gestión.

  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

Se evidencian las siguientes debilidades:




- En los seguimientos de PQRSD se verifican muestras de peticiones, sobre las cuales se evaluaron los criterios de coherencia, calidad, calidez y oportunidad encontrando oportunidades de mejora en la oportunidad de las respuestas a las PQRSD.
- En los informes de seguimiento y auditorías hechas por la OCI se ha determinado que en algunos casos la primera línea de defensa no implementa acciones correctivas sobre algunas observaciones.
- En los seguimientos realizado por la OCI a los planes de mejoramiento y la auditoría al proceso de gestión de mejora, se evidenció reporte presentado por la 2ª. línea de defensa; sin embargo, no se hicieron alertas sobre la deficiente formulación de las acciones, incumplimientos y no se han tenido en cuenta las recomendaciones hechas por la OCI en anteriores seguimientos en las asesorías que brinda la OAP.
- Si bien se formularon los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta los resultados de las auditorías internas se presentan debilidades en las acciones formuladas pues no son efectivas o tienen fallas metodológicas
- En 2025 se han presentado falencias en la oportunidad e integridad de la información requerida para los seguimientos y auditorías.

FORTALEZAS:

1. Todos los componentes están en una condición de implementación satisfactoria.
2. Se han atendido algunas recomendaciones hechas por la OCI en anteriores seguimientos.
3. Se identifican más fortalezas que debilidades por componente.
4. Se resaltan las mejoras de los controles y criterios evaluados en el proceso Gestión de Talento Humano.
5. Se mantienen las fortalezas evidenciadas en la Auditoría interna de TICs.
6. El componente actividades de monitoreo tiene una ejecución sobresaliente, mostrando el compromiso continuo de la Alta Dirección con la implementación del Sistema de Control Interno.
7. Se mantienen las fortalezas evidenciadas en la Auditoría interna de Servicio al ciudadano relacionadas con los controles implementados a pesar de las oportunidades de mejora evidenciadas.
8. Se evidencian mejoras en la atención de PQRSD recibidas en redes sociales.
9. Se tuvieron en cuenta las alertas hechas en 2024 por la OCI sobre el plan estratégico institucional y el plan estratégico de comunicaciones y se aprobaron en el comité de gestión y desempeño.

OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECOMENDACIONES:

1. Teniendo en cuenta que el porcentaje de implementación general es de 82%, se recomienda tomar acciones sobre los aspectos identificados con oportunidades de mejora o deficiencias de controles y asegurar su adecuada implementación para aumentar dicho porcentaje.
2. Se mantiene recomendación. Revisar los resultados de las auditorías hechas a los procesos y tomar las acciones pertinentes que permitan asegurar que se cumplen los lineamientos del Sistema de control interno de forma adecuada.
3. La OAP y la OCI consolidaron el diagnóstico matriz de líneas de defensa y mapa de aseguramiento en 2023, se recomienda hacer una revisión en 2026.

  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

4. Se recomienda revisar los resultados de las evaluaciones y seguimientos que realizó y socializó la OCI para determinar acciones específicas que logren fortalecer la gestión donde la estructura de control presentó falencias.
5. Los procedimientos del proceso gestión de mejora no se están implementando de manera adecuada como se observó en la auditoría 2025, se recomienda fortalecer la estructura de control de la entidad y tomar las acciones necesarias para subsanar lo observado.
6. Se recomienda revisar las observaciones específicas sobre administración de riesgos resultado de la auditoría interna al proceso gestión de mejora, especialmente en la implementación de controles y alertas por posibles materializaciones.
7. Se recomienda hacer una revisión y actualización de la resolución 112 de 2019 acorde con la realidad institucional vigente.
8. Nuevamente se recomienda revisar el seguimiento de segunda línea relacionado con el desarrollo de nuevos módulos en orfeo pues no es claro como estos permiten dar a conocer los objetivos y metas estratégicas en la entidad.
9. Se recomienda revisar la ejecución del procedimiento control de documentos del sistema de gestión, teniendo en cuenta las debilidades evidenciadas en la auditoría interna del proceso Gestión de Mejora.
10. Teniendo en cuenta las debilidades evidenciadas en la vigencia 2025, se recomienda establecer acciones efectivas que permitan la consolidación de información, reportes y seguimientos a través de Pandora pues es una herramienta primordial para la entidad.
11. Se recomienda hacer una nueva medición de cargas laborales dando cumplimiento al Decreto 1800 de 2019.
12. Se recomienda revisar los lineamientos que presentan oportunidades de mejora o debilidades y teniendo en cuenta la realidad institucional subsanar los que sean posibles y continuar aumentando el porcentaje de implementación del SCI.
13. Se recomienda a la primera línea de defensa verificar los resultados de las auditorías e informes de seguimiento para articular los resultados presentados en el seguimiento al Sistema de Control Interno y generar acciones efectivas que permitan mejorar los resultados y consolidar los lineamientos en la Entidad.
14. Se recomienda revisar las observaciones de la auditoría interna al proceso gestión de mejora y fortalecer el liderazgo y asesoría de la OAP como segunda línea de defensa.
15. Se recomienda priorizar mejoras específicas sobre los criterios que no se cumplen integralmente y asegurar cambios efectivos en la vigencia 2026.

ANGELICA HERNANDEZ RODRIGUEZ
JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

Anexo Seguimiento del SCI-II-sem 2025

Documento 20261100015813 firmado electrónicamente por:

**Angélica Hernández
Rodríguez**

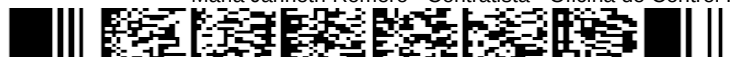
Jefe Oficina de Control Interno




Oficina de Control Interno

Fecha firma: 30-01-26 09:33:13

Aprobó:

Maria Janneth Romero - Contratista - Oficina de Control Interno



  	Proceso:	Evaluación independiente de la gestión		
	Documento:	Formato Informes y/o seguimientos	Código: EI-FT-08	Versión: 3

746d5fde71a01b76470ad4ec38bcfdbaa5a84e56d83cbf3d5f0eca64e12692d6
Codigo de Verificación CV: 75668