

Memorando N°

FECHA: 29/01/2026

PARA: COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

- **SUPERINTENDENTE DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.**
- **SECRETARIA GENERAL SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.**
- **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA EL CONTROL SVSP.**
- **SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA OPERACIÓN SVSP.**
- **JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA SVSP.**
- **JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SVSP.**
- **JEFE OFICINA ASESORA DE SISTEMAS SVSP.**
- **LÍDERES DE PROCESOS Y DEPENDENCIAS**

DE: **CAROLINA LÓPEZ GALLEGO**
JEFE (E) OFICINA DE CONTROL INTERNO SVSP.

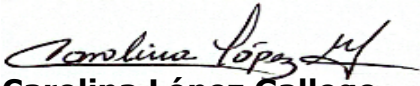
ASUNTO: INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2025.

Respetados:

De conformidad con las facultades legales contenidas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, el Artículo 17 del Decreto 648 de 2017 en lo que concierne al rol de seguimiento y según lo dispuesto en el Decreto 338 de 2019 en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, Artículo 1. Parágrafo 1º: *"Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando este lo requiera."*

El proceso de Gestión de Evaluación y Seguimiento, liderado por la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada se permite remitir INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2025, para su conocimiento y fines pertinentes, el cual agradecemos socializarlo con sus equipos de trabajo, a fin de que se efectúen las acciones de mejora que correspondan.

Cordialmente,


Carolina López Gallego
Jefe (E) Oficina de Control Interno SVSP.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Lyda Rocio Gómez Hernández – Profesional de Defensa	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
Revisó y Aprobó	Carolina López Gallego – Jefe (E) Oficina de Control Interno	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

29 de enero de 2025

OFICINA Y/O DEPENDENCIA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

Dr. LARRY SADIT ÁLVAREZ MORALES

SUPERINTENDENTE DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.

Dra. MARTA CECILIA MENGUAL QUINTERO

SECRETARIA GENERAL SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.

Dra. KELLY JHOANA ITURRIAGO TORREGROSA

SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA EL CONTROL SVSP.

Dr. ELKIN DE JESÚS BENAVIDES GONZÁLEZ

SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA OPERACIÓN SVSP.

Dr. MIGUEL ANTONIO DE LA HOZ GARCÍA

JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA SVSP.

Dra. XILENA PATRICIA CARRILLO LONDOÑO

JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SVSP.

ING. MARIANA QUINTERO TEJADA

JEFE OFICINA ASESORA DE SISTEMAS SVSP.

- **LÍDERES DE PROCESOS Y DEPENDENCIAS.**

ASUNTO: INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2025

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de 1991 de la República de Colombia.
- 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."
- Decreto 1083 de 2015 Libro II, Parte II, Título XXI, Capítulo IV, Artículo 2.2.21.4.1 y subsiguientes "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública."
- Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión."
- Decreto 648 de 2017 Capítulo III, Artículo 16 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública"
- Decreto 338 de 2019 "por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción"

OBJETIVO

Evaluar el cumplimiento de las metas asignadas en el Plan de Acción vigencia 2025 a las dependencias de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.

ALCANCE

Se analizará y cotejará la vigencia 2025, conforme a la información generada por las Dependencias de la Superintendencia de Vigilancia de acuerdo con el Plan de Acción Vigencia 2025 y que como resultado de ello derivó en el presente informe.

ANTECEDENTES

La Oficina de Control Interno en la vigencia 2025 presentó ante el Superintendente de Vigilancia y Seguridad Privada y ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el Informe de Evaluación por Dependencias de la mencionada vigencia, en el cual se referían las siguientes recomendaciones:

- *"Establecer acciones para que las áreas de la Superintendencia den cumplimiento a las metas dentro de los tiempos estipulados en el Aplicativo Suite Visión Empresarial.*
- *Verificar que los documentos cargados en el aplicativo Suite Visión empresarial cumplan con los criterios establecidos en el entregable del Plan de Acción y no sean duplicados.*
- *Realizar unificación de criterios y/o cargue de información en el aplicativo Suite Visión Empresarial vs Plan de Acción publicado en la página web de la entidad.*
- *La evaluación de los funcionarios de Carrera Administrativa y a su vez la evaluación de los Gerentes Públicos debe ser referente técnico la Evaluación por dependencias.*
- *Establecer los criterios de redacción para diseñar la meta y/o actividades de acuerdo con la metodología SMART (Específico, medible, alcanzable, relevante, tiempo)"*

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO/INFORME

De conformidad con la función de evaluación y seguimiento al Sistema de Control Interno dispuesta en la Ley 87 de 1993 en especial el artículo 12 literal G, concordante con el Acuerdo No. 20181000006176 de 2018, expedido por la Comisión Nacional de Servicio Civil "Por la cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación de Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba", y de acuerdo con los lineamientos descritos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, en especial la dimensión de "Control Interno", que define la auditoria como: "Una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad, que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno".

La Oficina de Control Interno atendiendo las directrices establecidas para la tercera línea de defensa dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, alineado con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI-, por medio de la evaluación de la gestión de riesgos asociados al proceso y sus controles, da a conocer el resultado Evaluación por Dependencias de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada correspondiente a la vigencia 2025:

ITEM	DEPENDENCIA	CALIFICACIÓN
1	GRUPO ALIANZA INTERINSTITUCIONAL	100%
2	GESTION DOCUMENTAL	100%
3	GESTIÓN MEJORA INSTITUCIONAL	98%
4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	97%
5	GRUPO GESTIÓN DE SISTEMAS E INFORMACIÓN	91%
6	GESTION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO	87%
7	PROCESOS DISCIPLINARIOS	81%
8	GESTIÓN JURÍDICA	81%
9	DELEGADA PARA EL CONTROL	176%
10	GESTIÓN CONTRACTUAL	78%
11	GESTIÓN COMUNICACIONES	68%
12	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	67%

13	GESTIÓN DEL SERVICIO	59%
14	DELEGADA PARA LA OPERACIÓN	18%
15	RECURSOS FINANCIEROS	91%
16	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	90%
17	GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS ESPECIALES	0%

Tabla No. 1: Consolidado Evaluación por Dependencias Vigencia 2025 Elaboración propia OCI

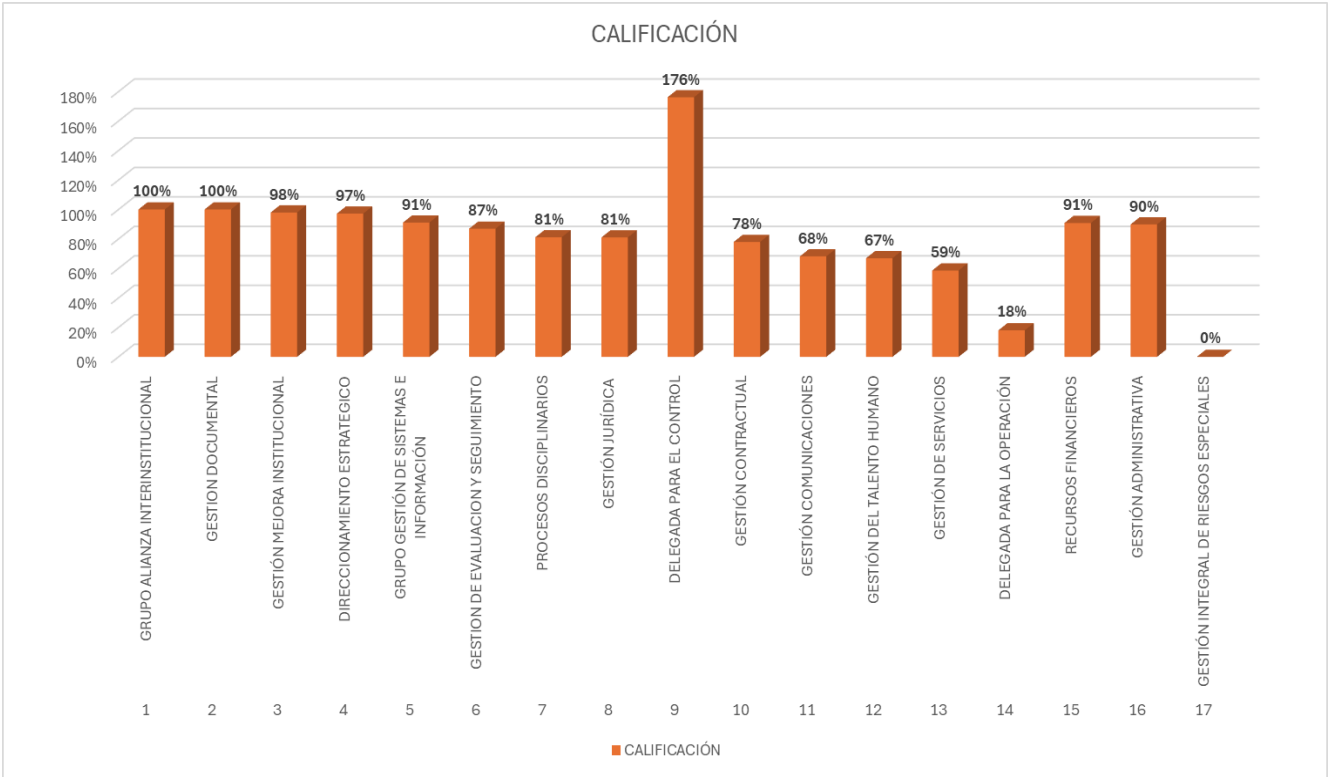
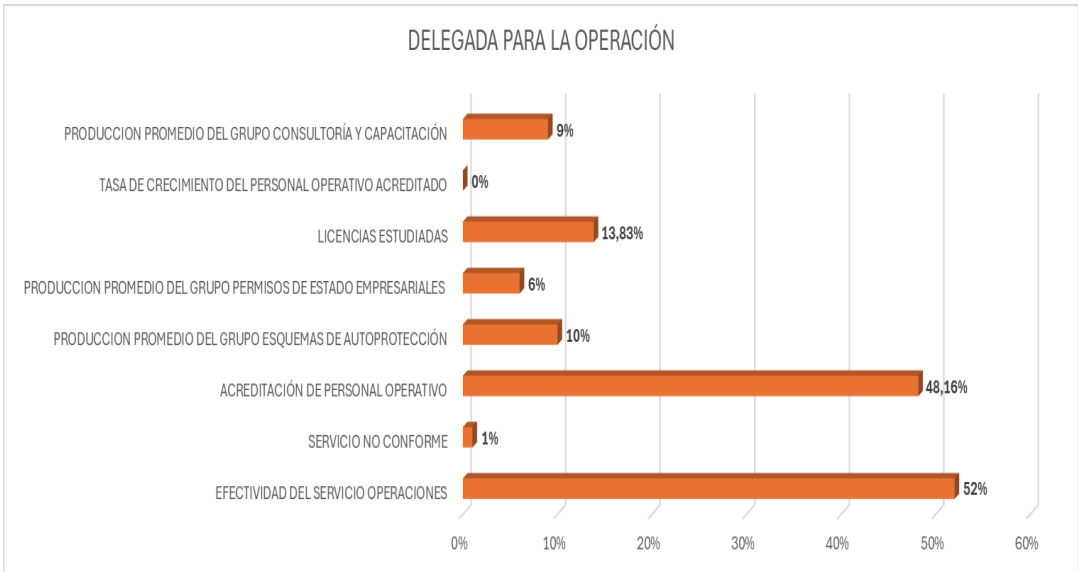
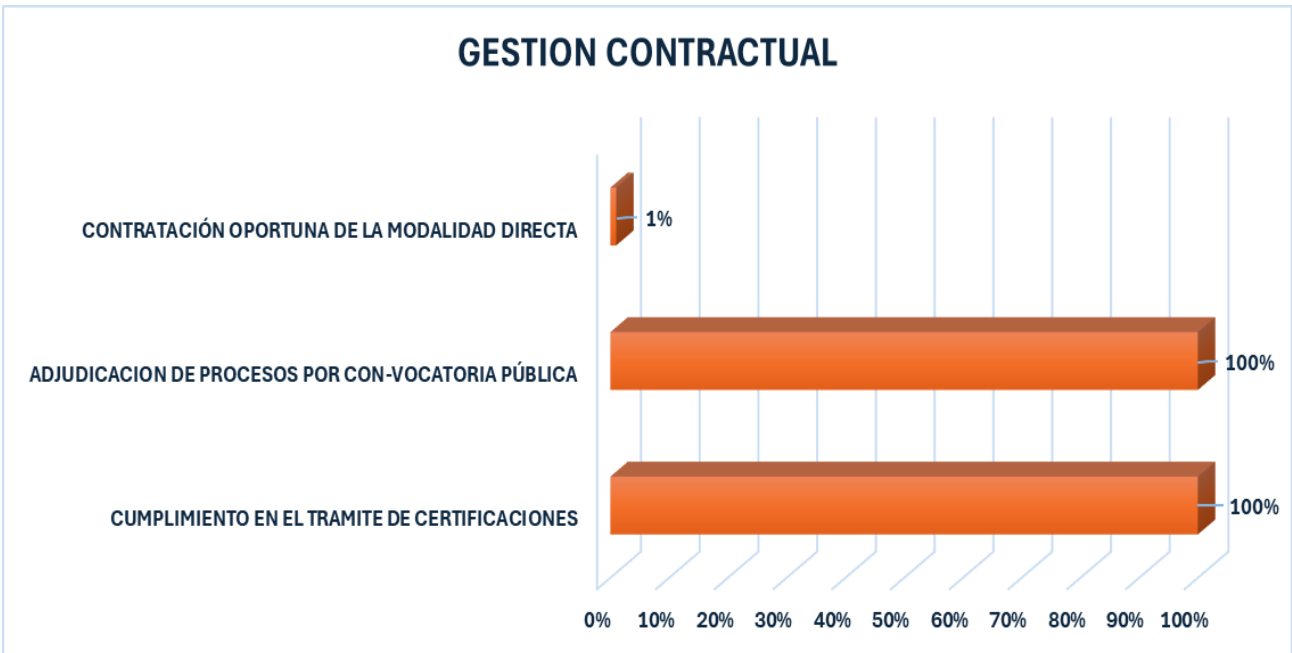
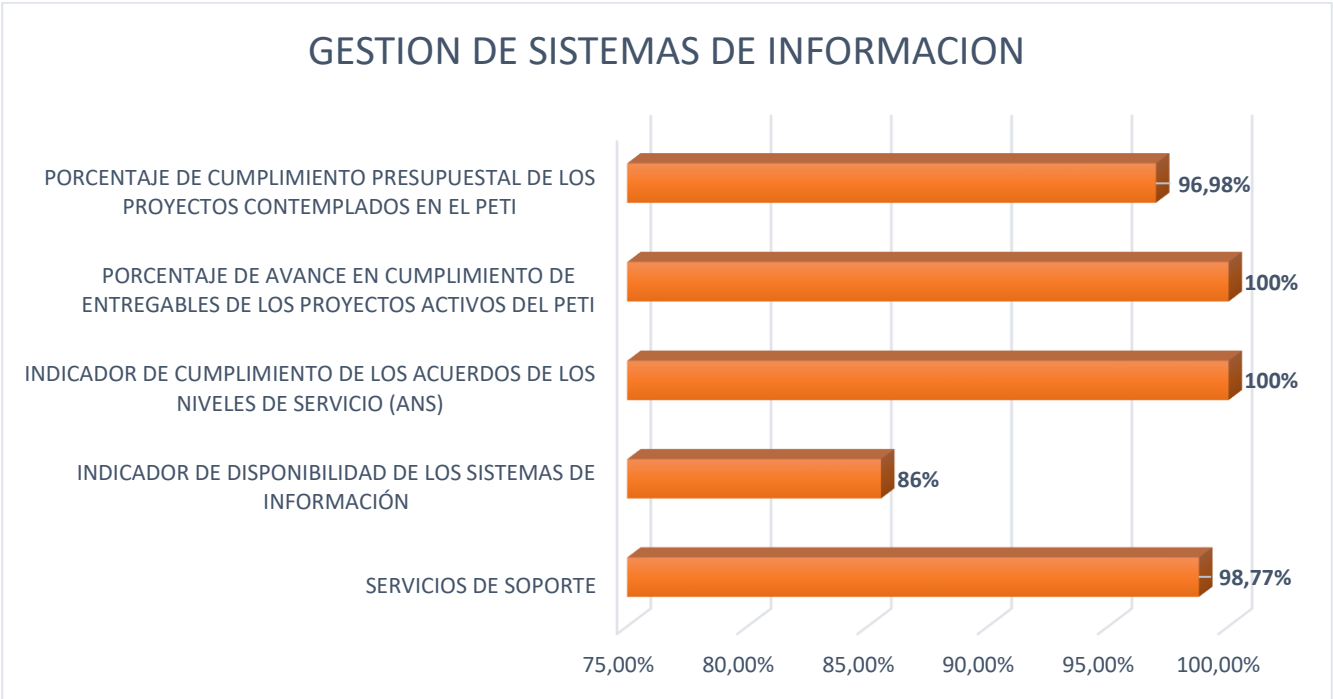
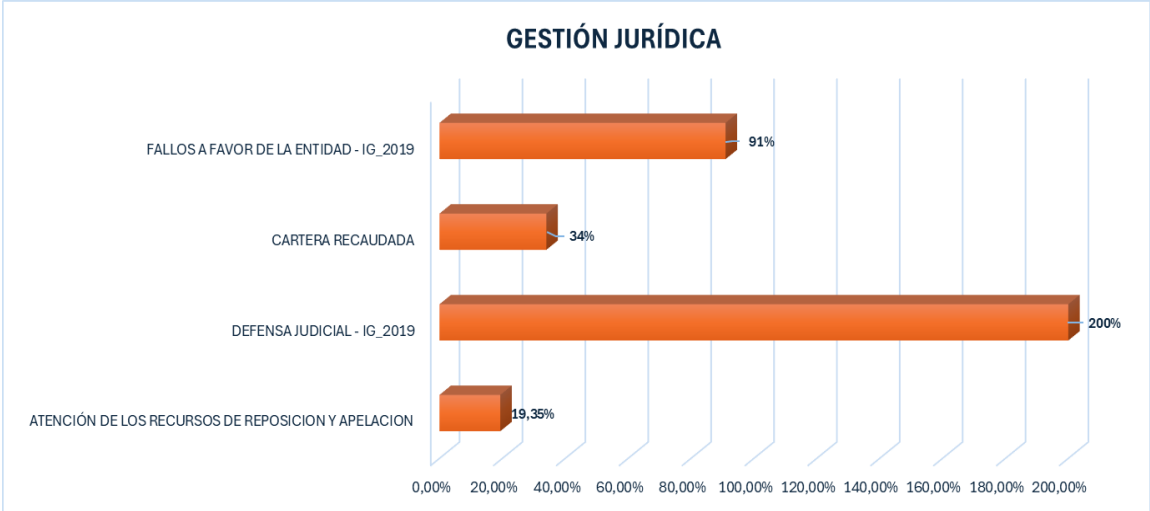


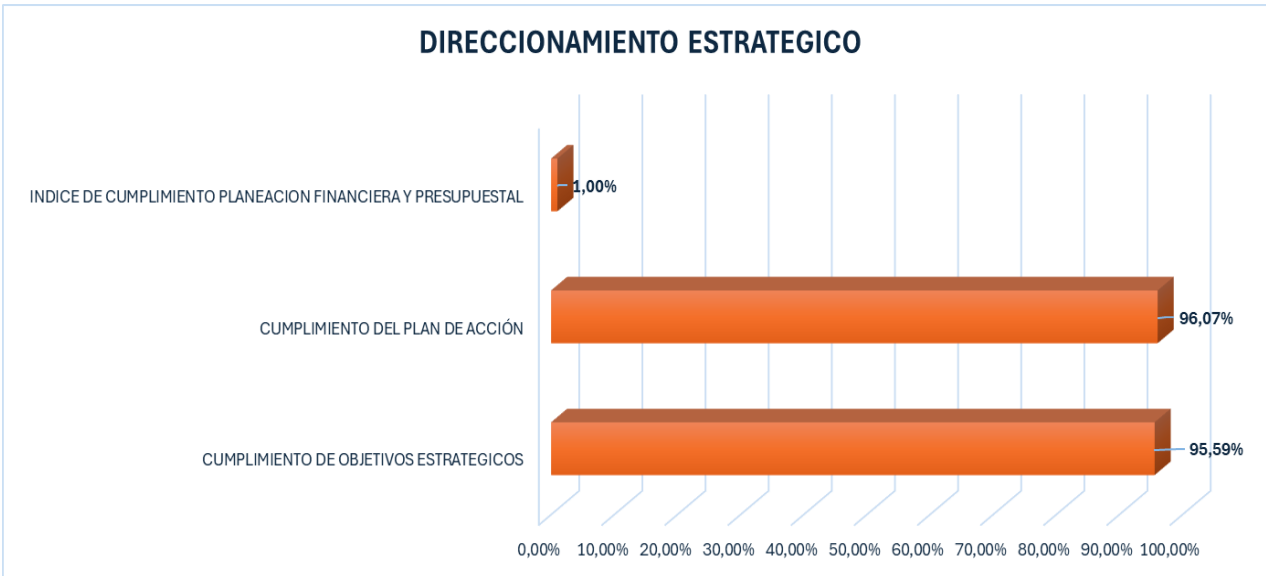
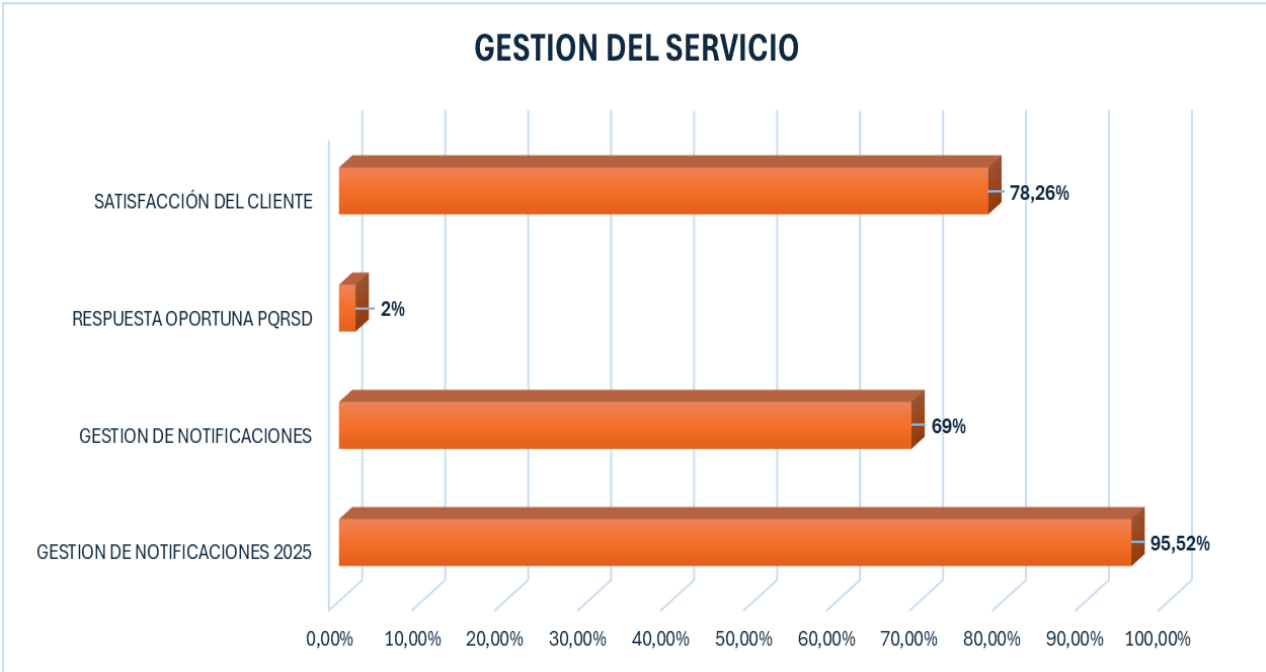
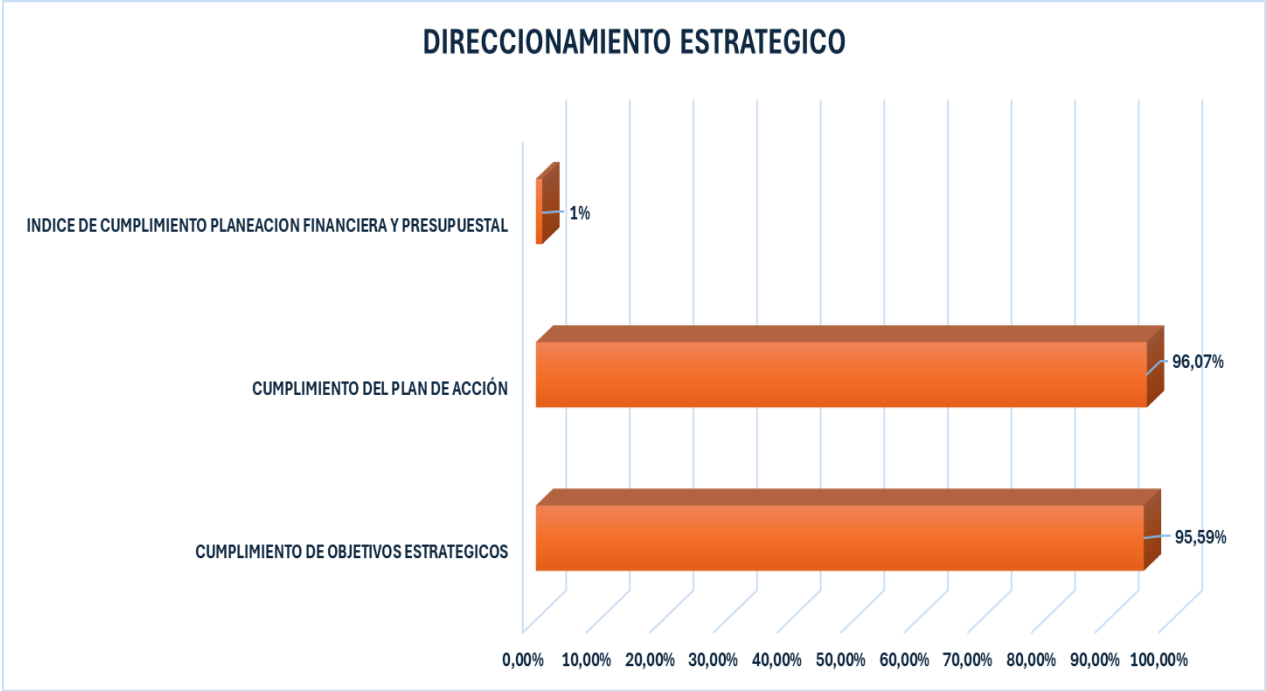
Ilustración 1 Calificaciones Elaboración Propia OCI

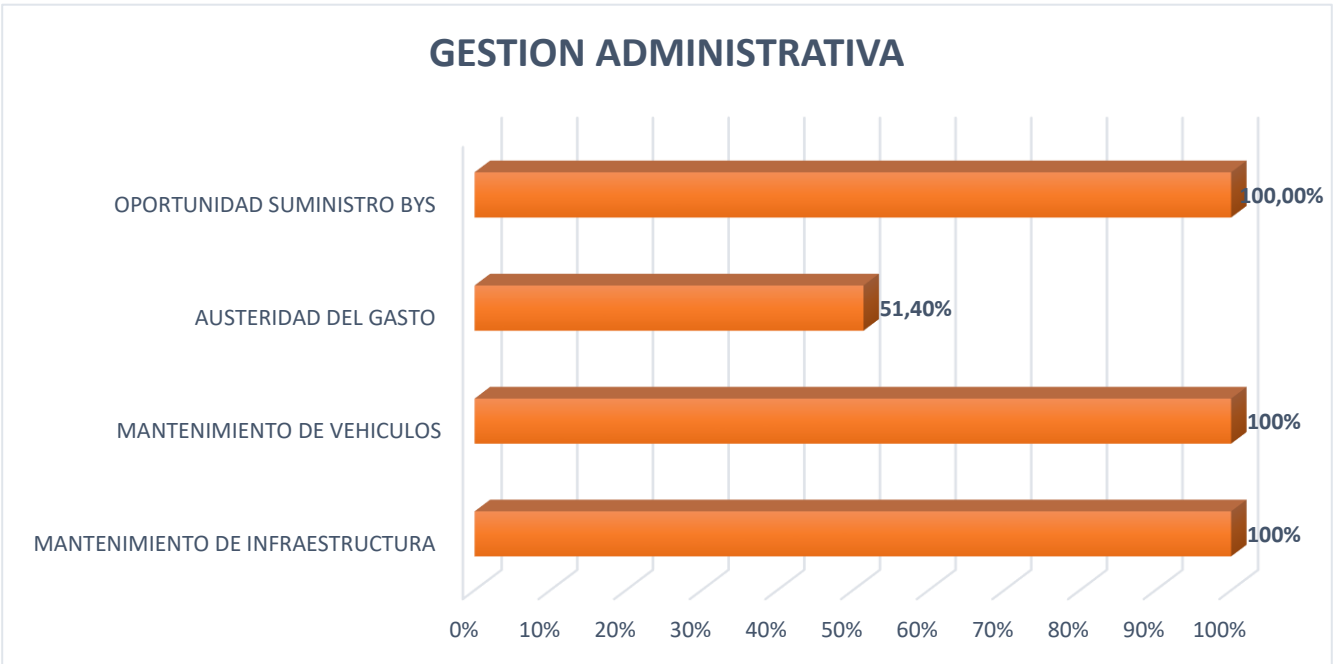
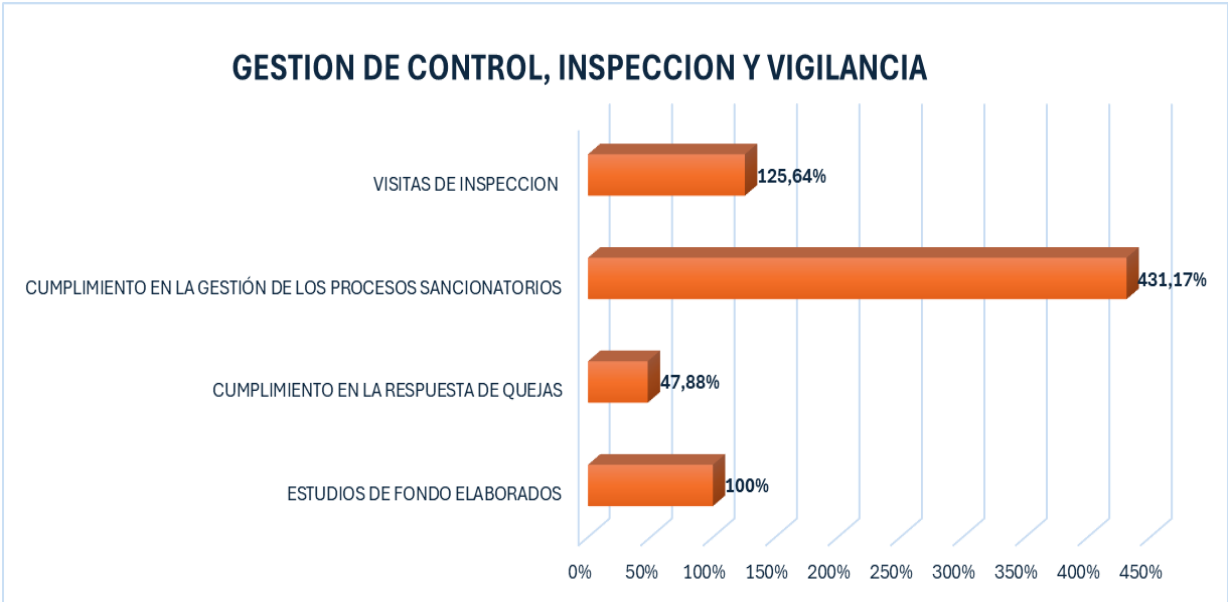
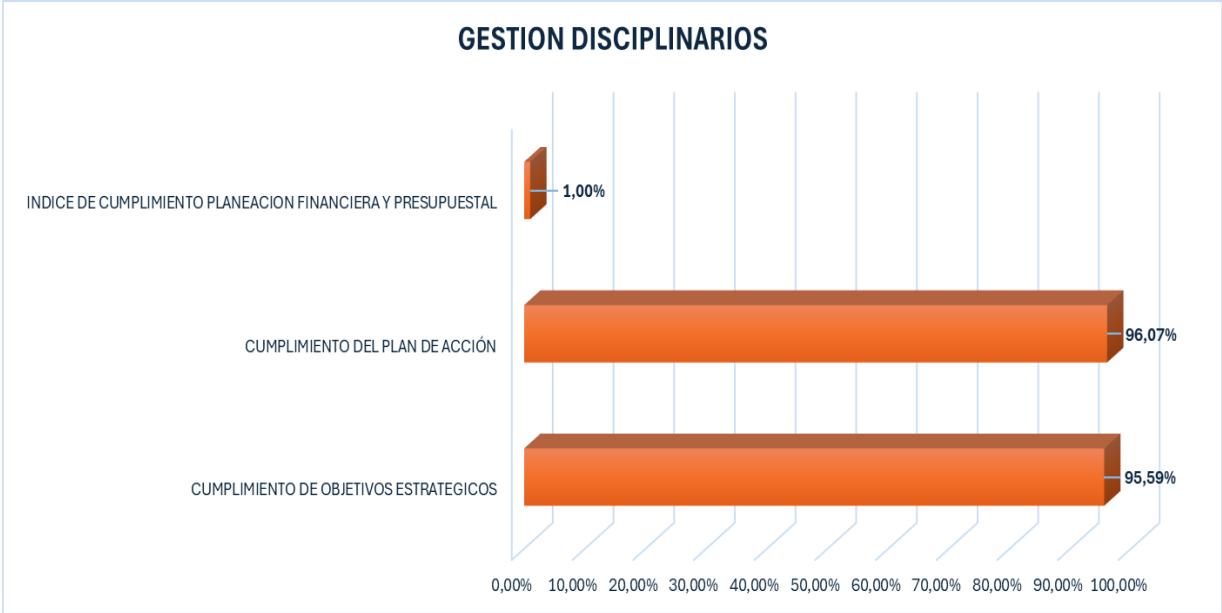
De acuerdo con lo anterior, la OCI evidenció el cumplimiento de las metas por dependencia así:

Ilustraciones: Resumen por Dependencia Vigencia 2025

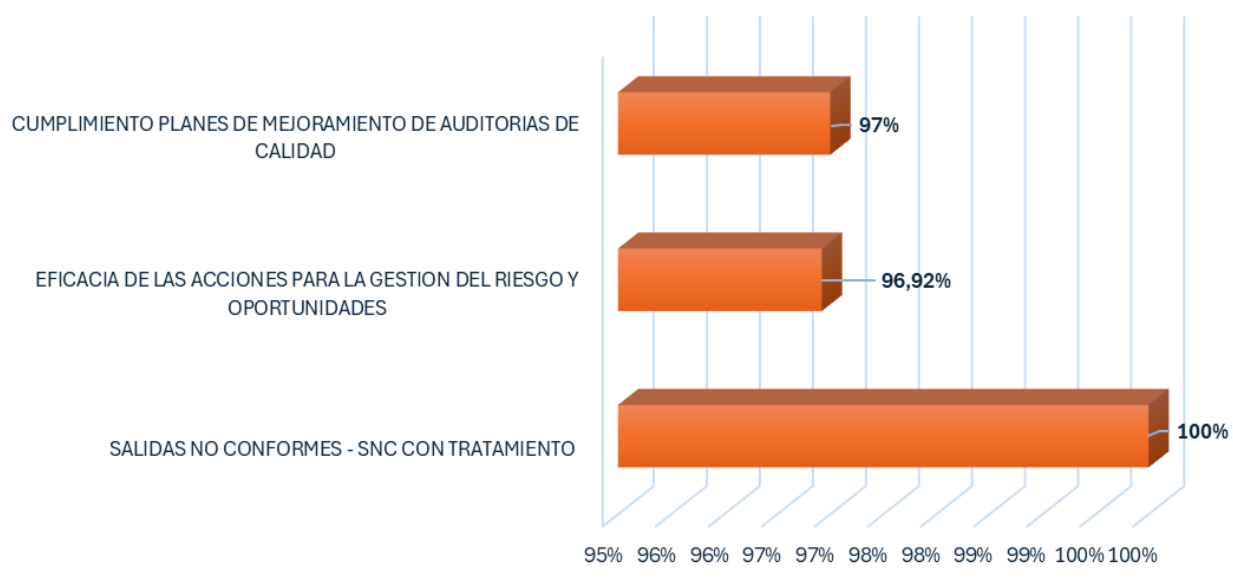




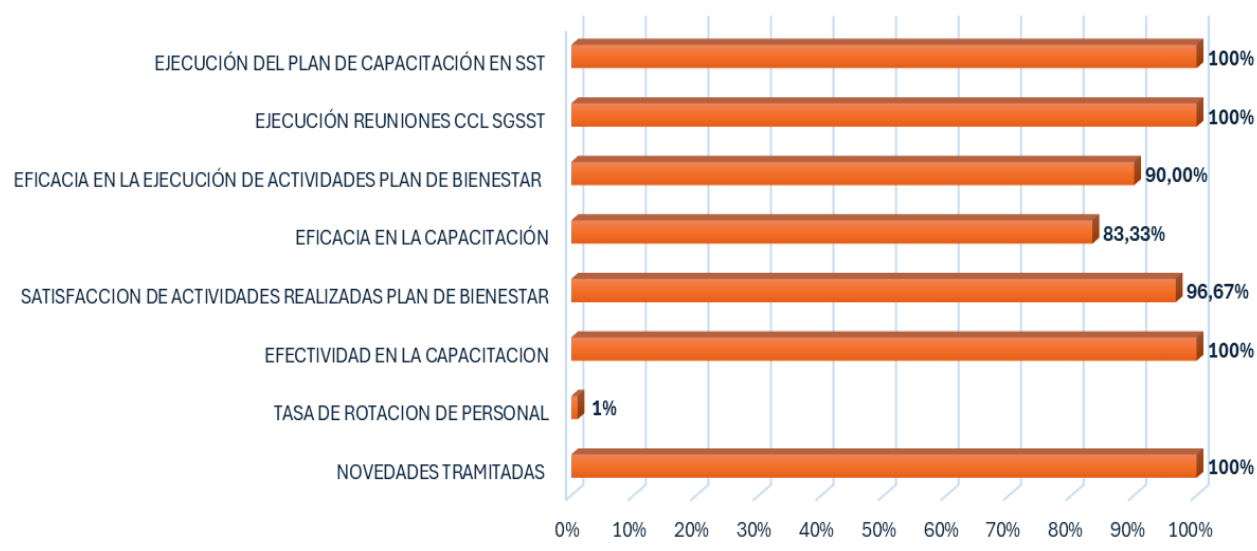




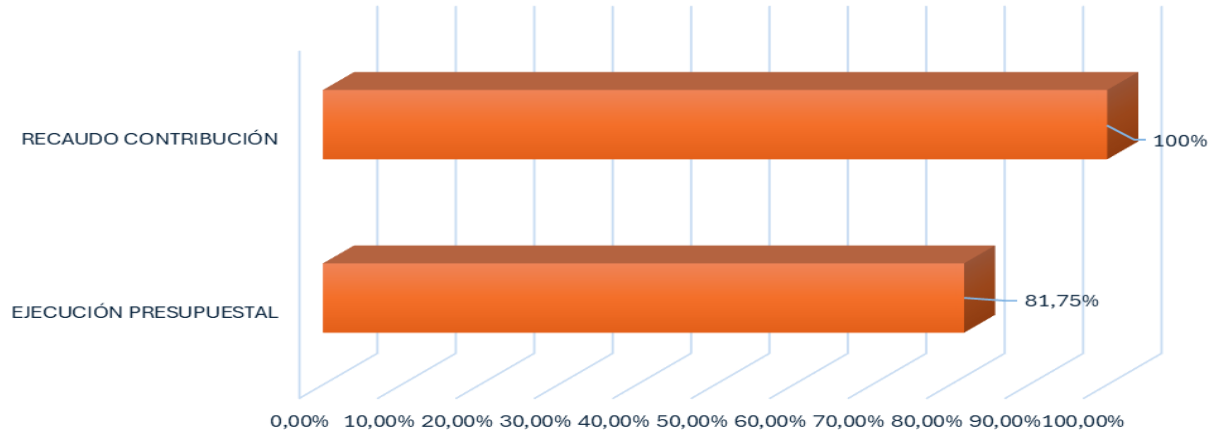
GESTION DE MEJORA INSTITUCIONAL



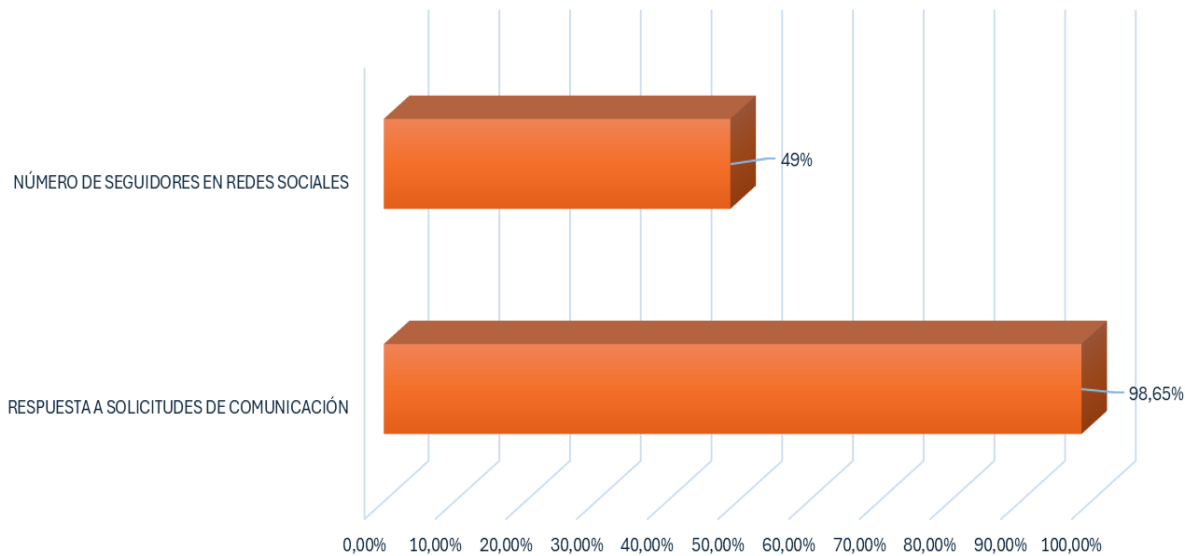
GESTION TALENTO HUMANO



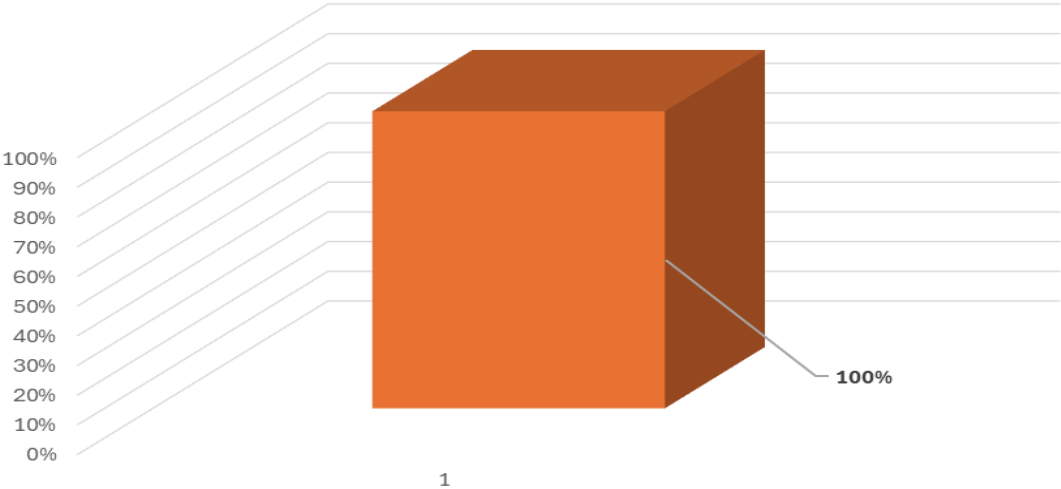
GESTION FINANCIERA



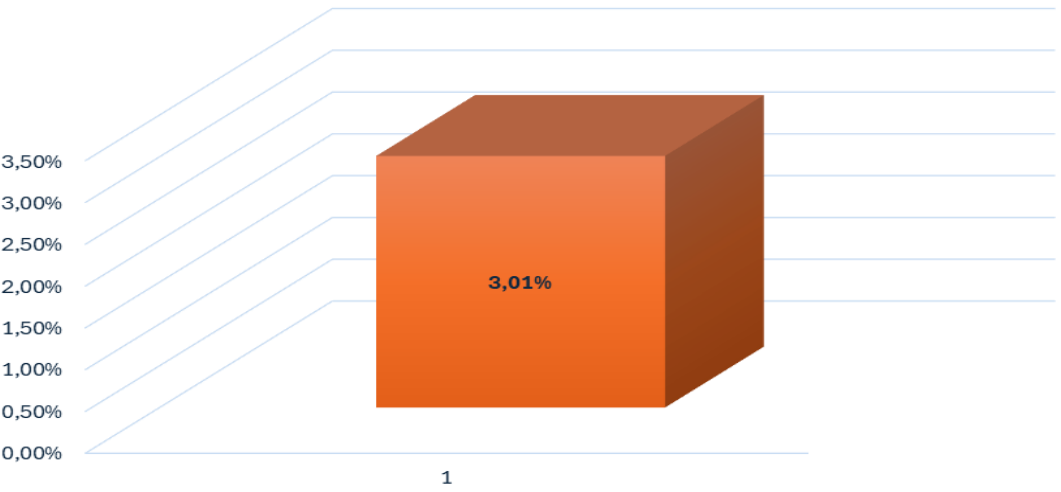
GESTION DE COMUNICACIONES



GESTION DOCUMENTAL - TRANSFERENCIAS PRIMARIAS



ALIANZA INTERINTITUCIONAL - EFICIENCIA EN LA CONSULTA DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DE ORDENES DE CAPTURA Y ORDENES DE ARRESTO



Elaboración Propia OCI

OBSERVACIONES Y CONCLUSIÓN POR PARTE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

De la evaluación realizada al proceso de la Delegada para la Operación, con base en la información verificada con corte al 31 de diciembre de 2025 y evaluada el 19 de enero de 2026 por la Oficina de Control Interno, se evidenció el incumplimiento en la oportunidad de los reportes, toda vez que estos no se realizan dentro de las fechas estipuladas para cada período, lo cual afecta el adecuado seguimiento y control del proceso.

Con base en la información reportada por las dependencias evaluadas y verificada por la Oficina de Control Interno, se concluye que el nivel de cumplimiento en la presentación de los informes de gestión del proceso, con corte al 31 de diciembre de 2025, alcanzó un puntaje del 81 % en la evaluación independiente, evidenciando un cumplimiento parcial de las obligaciones establecidas en los tiempos planificados. Así mismo, se identificó que el grupo *Gestión Integral de Riesgos Especiales – SARLAFT* quedó pendiente de calificación, situación que fue debidamente formalizada mediante Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 14 de abril de 2025.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Desde la Oficina de Control Interno se recomienda a las dependencias:

- Fortalecer la planeación y el seguimiento de las actividades definidas en el sistema Suite Visión Empresarial, asegurando su ejecución dentro de los plazos establecidos, con el fin de evitar la expiración de actividades y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales, en concordancia con la dimensión de *Direccionamiento Estratégico y Planeación* del MIPG.
- Asegurar el cumplimiento efectivo del Plan de Acción institucional, como instrumento articulador de los procesos y procedimientos internos, que permite garantizar la adecuada caracterización de las dependencias y la mejora continua, en armonía con la dimensión de *Gestión con Valores para Resultados* y el componente de *Control Interno* del MIPG.
- Validación por cada proceso de la pertinencia y formulación de indicadores de gestión, teniendo como premisa que estos indicadores deben ser estructurados para el cumplimiento tanto de los objetivos del propio del proceso y los objetivos estratégicos de la entidad al cual se asocia.
- Validar la estructuración de controles que permitan realmente la mitigación o prevengan la materialización de riesgos, definiendo realmente si efectivamente es un control o una actividad. Es de recordar que la estructuración del control se da con el responsable la periodicidad definida y un entregable que sustente la acción.
- Es necesario que se validen los datos que suministran los procesos por la segunda línea de defensa y se generen alertas para cuando la tercera línea evalúe se pueda identificar las mejoras implementadas.
- Se recomienda la actualización de las hojas de los indicadores toda vez que alguno proceso no cuenta con el formato actual, de igual manera se le sugiera a la oficina asesora de planeación actualizar las hojas de los indicadores agregando la parte de análisis de los indicadores al cierre de vigencia por parte de la primera línea, la percepción sobre el indicador y la pertinencia de su permanencia. Esto con el propósito de ser evaluado y asesorado para la estructura de indicadores de gestión con valor agregado.

- Es importante que se implemente el proceso de Gestión integral de riesgos teniendo en cuenta que este proceso fue aprobado desde abril de la vigencia 2025 y a la fecha no cuenta con indicadores, riesgos ni un lineamiento de su horizonte siendo este transversal a la entidad, la oficina de planeación quien encabeza el liderazgo de este proceso debe gestionar la puesta en marcha en la vigencia 2026.
- Es fundamental que los procesos tomen conciencia en la responsabilidad que tienen en el diligenciamiento de los indicadores y riesgos de gestión en los plazos establecidos ya que esto enmarca la planeación interna institucional de la entidad y debe servir como insumo para la toma de decisiones a ejecutar durante la vigencia en curso y apertura de vigencia.

SOPORTES DE LA REVISIÓN

Para la elaboración del respectivo informe se anexa el reporte de evaluación por dependencias de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, el cual se encuentra en la respectiva foliación:

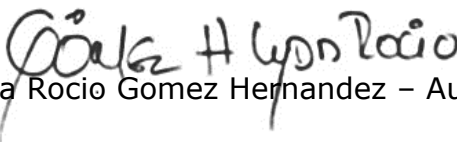
ITEM	DEPENDENCIA EVALUADA	FOLIO
1	GRUPO ALIANZA INTERINSTITUCIONAL	2
2	GESTION DOCUMENTAL	3
3	GESTIÓN MEJORA INSTITUCIONAL	2
4	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	3
5	GRUPO GESTIÓN DE SISTEMAS E INFORMACIÓN	5
6	GESTION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO	2
7	PROCESOS DISCIPLINARIOS	3
8	GESTIÓN JURÍDICA	5
9	DELEGADA PARA EL CONTROL	5
10	GESTIÓN CONTRACTUAL	3
11	GESTIÓN COMUNICACIONES	2
12	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	7
13	GESTIÓN DEL SERVICIO	3
14	DELEGADA PARA LA OPERACIÓN	4
15	RECURSOS FINANCIEROS	5
16	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	9
17	GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS ESPECIALES	1

CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS DE AUDITORÍA Y LIMITACIONES

Para el respectivo informe se realizó el estudio de la siguiente normativa

- 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."
- Decreto 1083 de 2015 Libro II, Parte II, Título XXI, Capítulo IV, Artículo 2.2.21.4.1 y subsiguientes "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública."
- Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión."
- Decreto 648 de 2017 Capítulo III, Artículo 16 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública"
- Acuerdo No. 20181000006176 de 2018, expedido por la Comisión Nacional de Servicio Civil.

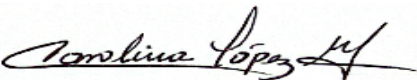
Elaborado por:


Lyda Rocío Gómez Hernández – Auditora Oficina de Control Interno.

Revisado por:

Ismenia Pineda Orjuela – Contratista Oficina de Control Interno

Aprobado por:


Carolina López Gallego – Jefe Oficina de Control Interno (e)



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION DE CONTROL, INSPECCION Y VIGILANCIA
Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 3. Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia.	
Objetivo del proceso: Ejercer el control, inspección y vigilancia sobre la industria y los servicios de vigilancia y seguridad privada en Colombia, promoviendo la contratación de servicios autorizados, y la lucha contra los servicios no autorizados, de acuerdo con la normatividad vigente.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
ESTUDIOS DE FONDO ELABORADOS (No. De estudios de fondo elaborados en el periodo/No de estudios de fondo pendientes por elaborar) * 100	100%	Observaciones OCI: Conforme a lo solicitado en el indicador se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida para el segundo trimestre, alcanzando un cumplimiento de las metas programadas en el periodo, en el primer trimestre tiene un cumplimiento del 5.49% la cual indica los inconvenientes de personal y sistema para avanzar la sustanciación de respuestas de estudio de fondo; la gestión realizada en el segundo trimestre se destacó en la descongestión que se encontraba en el grupo de 1381 estudios de fondo, que se llevaron a cabo por factores operativos de la entidad, no se tiene en cuenta los procesos que llegan al día, ocasionando nuevamente un cumulo de estudios de fondo. Mas sin embargo la medida adoptada por la meta propuesta para este indicador no es consecuente con la movilidad de solicitudes real que tiene la misión para este aspecto; dejando el indicador inefectivo frente a la toma de decisiones de la alta dirección y sin soporte de gestión del mismo proceso. Se recomienda realizar un estudio y revalorización nuevamente del indicador en su reporte periódico trimestral, semestral o anual de acuerdo con la información manejada desde la delegatura, teniendo en cuenta los factores que pueden influir para su efectivo reporte (personal, sistemas, capacitación). Finalmente se observa que adicionalmente no se cuenta con reporte de estudios de los últimos periodos de la vigencia limitando el análisis de presente indicador.
CUMPLIMIENTO EN LA RESPUESTA DE QUEJAS (Total de quejas recibidas/No de quejas tramitadas acumuladas) * 100	47.88%	Observaciones OCI: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia se evidencia un resultado deficiente en la escala de cumplimiento del 19.60% al índice de efectividad en el seguimiento y reporte realizado al tercer trimestre del 2025, se obtuvo un crecimiento de los procesos durante los 2 primeros trimestres del año, en el primer trimestre se alcanzó un cumplimiento del 34.83% y en el segundo trimestre 56.88%; en el tercer trimestre el indicador baja de una manera significativa. No se logra el cumplimiento del objetivo del indicador durante la vigencia lo cual puede conllevar a los siguientes efectos: Retrasos en la entrega de repuestas a los ciudadanos fuera de los tiempos establecidos lo que puede impactar la radicación de derechos de petición y tutelas por falta de gestión de la entidad.

		• Posible acumulación de quejas pendientes, aumentando la carga de trabajo en el futuro. • Cumplimiento deficiente de las metas establecidas por parte de la delegatura. Se tiene en cuenta que las cifras de los indicadores son debido al cumulo de quejas y falta de recurso humano en la dependencia, adicional a los apoyos tecnológicos de la entidad; cabe resaltar que esta delegatura se ha pronunciado ante la Dirección General al evidenciar esta situación, la cual genera un represamiento de procesos, afectando notablemente los resultados de evaluación de gestión durante el periodo 2025. Para la vigencia 2026 se realizan las siguientes recomendaciones para poder alcanzar las metas establecidas por la Delegatura en cuanto al avance de los procesos y evitar el cumulo de quejas sin resolver: • Dar avance en respuesta a los requerimientos solicitados por los ciudadanos de manera cronológica, dando prioridad en respuesta y avance de los allegados más antiguos, entregando respuesta en los tiempos establecidos. • Implementar capacitaciones periódicas al personal de profesionales para fortalecer las habilidades y conocimientos del equipo en gestión de procesos. • Revisar y optimizar los procedimientos internos para reducir tiempos y eliminar obstáculos en la gestión de expedientes. • Distribuir carga laboral de los procesos equitativamente en el equipo de trabajo. Se sugiere realizar una revisión del indicador ya que las quejas acumuladas son un plan de descongestión que se tiene que realizar al 100% para alcanzar una equivalencia de quejas recibidas al día y respuestas de estas en los tiempos establecidos por la normatividad. Por otra parte, se debe establecer de que tipo de quejas se está señalando en dicho indicador toda vez que el cumplimiento de respuesta está dado en la normatividad y estos son incumplimientos que pueden conllevar a la materialización de riesgo reputacional y hasta económico a la entidad.
CUMPLIMIENTO EN LA GESTION DE PROCESOS SANCIONATORIOS (No de actuaciones de impulso procesal del periodo/No de actuaciones impulso procesal planeadas) * 100	431.17%	Observaciones OCI: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia del cuarto trimestre del 2025, se identifica que alcanza a superar el porcentaje esperado del 100%, con un porcentaje alcanzado del 431.17%, lo cual se esperaría continuar así a futuros reportes de indicadores, para alcanzar los resultados de evaluación optima frente a lo esperado por esta Delegatura. Se observa que en el segundo trimestre el porcentaje de avances procesales baja al 61.17% en comparación al primer trimestre del 72,83% y nuevamente en el tercer trimestre sube significativamente por el avance de 1715 actuaciones administrativas dentro del proceso sancionatorio frente a la meta planeada de 600 actuaciones en el trimestre; esto debido a las comunicaciones preliminares que se ocasionaron por el traslado masivo del grupo de Financiera y no reporte de estados financieros. Se recomienda que se realicen los seguimientos necesarios en las actuaciones de los expedientes y se continúen llevando a cabo las etapas siguientes a los procesos sancionatorios, para evitar cumulo de expedientes y perdida de facultad

		sancionatoria de los mismos. De igual manera se recomienda validar la formulación de la métrica toda vez que el indicador debe mostrar es la oportunidad en la ejecución de las actuaciones de impulso procesal planeadas que queden en firme.
VISITAS DE INSPECCION (No de visitas programadas en el periodo/Total de visitas realizadas) * 100	125.65%	Observaciones OCI: Para el primer y cuarto trimestre se resalta el trabajo de cumplimiento de gestión de manera eficaz de las visitas realizadas programadas alcanzando un porcentaje del 100% en cada periodo; pero en el segundo trimestre se evidencia que no se cumplió con la meta pactada en el periodo bajando su efectividad al 40.25%; se observa que al tercer trimestre se logra nuevamente incrementar el número de visitas realizadas frente a las programadas un resultado del 68.75% en la escala de cumplimiento pero aún no se logra alcanzar la meta programada de 60 visitas durante el periodo de este trimestre. Se observa que se ha atendido al planeamiento del PAV programado para el año 2025, realizando de manera pronta las observaciones frente a los requerimientos prioritarios de visitas que se solicitan a la entidad. Se resalta la labor archivística realizada dentro de las visitas de inspección, logrando así dar avance a los traslados y archivos correspondientes de las visitas generadas; se recomienda continuar el avance de los procesos con el material documental que cuenta la dependencia y seguimiento por parte del personal de profesionales y dar avance a la actuación correspondiente al expediente generado de la visita. Se recomienda para la vigencia del 2026 se continúen las estrategias implementadas, capacitación permanente de los inspectores y continuar con el seguimiento al PAV, atendiendo de la misma manera los requerimientos prioritarios que se solicitan para asegurar el cumplimiento del 100% de resultados como en las vigencias anteriores. Se evidencia un cumplimiento superando las metas propuestas en el reporte de los indicadores en los dos semestres, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para la vigencia del 2026.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se evidenció el cumplimiento del 176.17% de las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:
Analizados los indicadores de gestión de proceso se denota una subestimación en las metas propuestas, se recomienda evaluar de acuerdo a la realidad operativa y de gestión las métricas para que estos registros sean tomados como referentes para la toma de decisiones de administración , de igual manera se debe considerar un plan de choque con el propósito de no incumplir con la normatividad asociada a la respuesta de quejas por parte de los usuarios y no generar la materialización de riesgos reputaciones y económicos hacia la entidad.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI

GCI-RC1 Posibilidad de recibir o solicitar dadas o cualquier otra clase de beneficio para cambiar o afectar el sentido de una investigación o decisión administrativa.	* Factor de corrupción - Recurso humano en todos los niveles jerárquicos, expuesto a propuestas poco éticas por parte del sector vigilado para beneficiar a terceros * Factor de corrupción - Limitaciones del Gestor Documental para generar reportes y debilidades en controles respecto a los roles y permisos de acceso de los servidores y contratistas a la herramienta tecnológica	1. El coordinador de grupo o quien haga sus veces, realiza semanalmente revisión de los actos administrativos (AUTO y RESO) generados por el Grupo interno de trabajo, para consideración y firma de la Superintendente Delegada para el Control. En caso de observar debilidades en la decisión el Coordinador devolverá con decisión negativa al sustanciador 2. El coordinador de grupo verifica bimensualmente que los profesionales del grupo cuentan con los roles en el gestor documental que correspondan a su actividad, con el fin de evitar el archivo / finalización inadecuada	1/1/2025	31/12/2025	1. Durante la vigencia 2025, se evidencia el manejo de la salida de actos administrativos con decisión de fondo en la revisión por los profesionales encargados para su firma y radicación, teniendo en cuenta que se debe seguir consultando por parte del coordinador encargado todo el material documental y pruebas para el avance de las actuaciones administrativas para firma de la Delegada, manejando el principio de imparcialidad, transparencia y legalidad administrativa en la afectación y decisión integral de los procesos. 2. Frente al cierre injustificado de un proceso se debe continuar el seguimiento en cada una de las etapas procesales de los expedientes con el material documental aportado; se recomienda al coordinador del proceso llevar el control exhausto de los permisos y roles de los profesionales frente a las decisiones y consultas de los expedientes, ya que manejan información sensible de los vigilados; en cuanto al control realizado en lo referente se recomienda poner en conocimiento de las autoridades competentes la ocurrencia de conductas contrarias al actuar integro de un funcionario o colaborador, es pertinente ya que el objetivo principal de la oficina es salvaguardar la información y el cumplimiento normativo de la entidad. Se debe establecer que la periodicidad de actividad es cada quince días y no bimestralmente, esto puede generar confusión al momento de analizar la data de soporte de ejecución del control
GCI-RG1 Posibilidad de pérdida Reputacional por la operancia del fenómeno de la caducidad en los procesos administrativos sancionatorios, así como el incumplimiento del plan de visitas debido a la insuficiencia de recursos para atender a cabalidad las actividades relacionadas con el control, inspección y vigilancia.	* Procesos - CR: Recurso humano escaso / insuficiente y/o alta rotación, sumado al alto volumen de solicitudes recibidas. * Tecnología - CI: Limitaciones del Gestor Documental para generar reportes y debilidades en controles respecto a los roles y permisos de acceso de los servidores y contratistas a la herramienta tecnológica	1. El Coordinador de grupo semanalmente revisa los expedientes recibidos (físico y/o digital), asignando los priorizados al profesional del grupo y/o técnico asignado e informa la asignación al técnico 2. El Coordinador de grupo verifica mensualmente la conformación de los expedientes físicos que reposan en el archivo de gestión versus la base de datos e identifica aquellos que deben ser trasladados a otro grupo o transferidos al archivo central de acuerdo con la tabla de retención documental 3. El profesional asignado verifica semanalmente los términos de caducidad de los procesos a su cargo y los tiempos de notificación de los actos administrativos que proyecta y son remitidos al Grupo de Atención al Usua	1/1/2025	31/12/2025	1. Conforme a la gestión realizada reportada en la vigencia 2025, se recomienda recibir el traslado de los expedientes físicos y digitales por ausencia del gestor documental, y así tener acceso a la información completa de los vigilados y avanzar en los tiempos establecidos los procesos. 2. Se recomienda almacenar la información de los procesos al día en las bases de datos en el avance de las actuaciones administrativas de los expedientes, y así hacer seguimiento de los expedientes que ya cumplen su termino de archivo en la dependencia para su respectivo traslado. 3. Continuar con el avance a los requerimientos de los vigilados de manera cronológica priorizando los requerimientos más antiguos, dando respuesta en los términos de ley para evitar la pérdida de la facultad sancionatoria en los procesos, y así garantizar el cumplimiento de la ley, realizando una correcta gestión pública, asegurando que los servidores actúen con eficiencia, responsabilidad y transparencia, dejando firme la misión y visión de la entidad. 4. Continuar en el seguimiento de las visitas realizadas a los vigilados y priorizar el cumplimiento del PAV



					En términos generales se recomienda continuar con los seguimiento y controles establecidos al mismo.
--	--	--	--	--	--

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Para la vigencia 2026 se recomienda revisar los controles asociados a los riesgos que actualmente lleva el proceso, con el fin de que se identifiquen otros aspectos a evaluar y tiempos de reporte de periodicidad, para permitir mejorar la gestión y resultados de este en cada periodo esto en atención a que, revisados los resultados, son aspectos que podrían ya llevarse en un tablero de control e identificar otros aspectos a evaluar.

Se recomienda tener en cuenta el seguimiento a cada uno de los procesos que se lleven a cabo en los tiempos de ley, de la misma manera priorizar y dar avance al cumulo de procesos que se encuentran en las oficinas con avance de choque en ayuda del personal y lograr descongestionar cada uno de los indicadores para poder dejarlos al día, ya que al tratarse de la misionalidad de la entidad se debe dar resultados al día en respuestas a los peticionarios y vigilados quienes radican peticiones continuas en la entidad..

8. Firmas:

	
CLARA LUCIA DAZA REY	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
----------------------	---

Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 3. Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia.

Objetivo del proceso: Evaluar el sistema de control interno de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, con enfoque en riesgos de manera independiente y objetiva, atendiendo las disposiciones del MIPG, fomentando la cultura del control y transparencia, mediante la ejecución eficaz del Plan Anual de Auditorías, con el fin de proporcionar a la Alta Dirección herramientas para la toma de decisiones conforme a los lineamientos y roles establecidos por la normatividad vigente.

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (No. actividades realizadas de acuerdo con el Plan Anual de Auditoria/No. actividades planeadas en el Plan Anual de Auditoria en el periodo) *100	86.96%	Observaciones OCI: Durante la vigencia 2025, el Plan Anual de Auditorías presentó modificaciones en el cumplimiento de sus actividades, como resultado de factores operativos tales como el cambio de jefe de la Oficina de Control Interno, la terminación de contratos y la falta de personal; adicionalmente, la Auditoría Financiera realizada por la Contraloría General de la República concentró la atención de la Oficina de Control Interno en su atención y acompañamiento. En consecuencia, estas situaciones incidieron directamente en el resultado del nivel de cumplimiento del Plan Anual de Auditorías durante la vigencia.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se evidenció el cumplimiento del 86,96% durante el primer semestre de las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores: La Oficina de Control Interno concluye que las modificaciones presentadas en el cumplimiento del Plan Anual de Auditorías durante la vigencia 2025 obedecieron a situaciones operativas y administrativas, tales como el cambio de Jefatura, la terminación de contratos, la insuficiencia de personal y la priorización de la atención a la Auditoría Financiera de la Contraloría General de la República, lo cual impactó el desarrollo oportuno de algunas actividades programadas. En este sentido, se recomienda que desde la alta dirección se garantice el talento humano, tecnológico que garantice el cumplimiento del PAA teniendo en cuenta que esta se consolida basado en la priorización del universo de auditorías de acuerdo con la evaluación de riesgos derivada de informes y seguimientos emitidos por esta Oficina y entes externos.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: OFICINA DE CONTROL INTERNO

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GES-RG1 Posibilidad de pérdida reputacional por reclamos de los grupos de valor internos y/o externos respecto al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría	Procesos - CR: Reporte incompleto e/o inoportuno por parte del proceso responsable de remitir la información para la ejecución de la auditoría	El jefe de la Oficina de Control Interno semestralmente presenta el proyecto del Plan Anual de Auditoría para aprobación o para proyectar las modificaciones identificadas o solicitadas, ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El jefe de la Oficina de Control Interno convoca mensualmente a reuniones de equipo con el fin de hacer seguimiento a los avances	1/1/2025	31/12/2025	Se evidencia el registro del monitoreo por parte de la primera línea de defensa conforme a lo establecido, así como la adecuada ejecución de los controles a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, quien presenta semestralmente el proyecto del Plan Anual de Auditoría ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, convoca reuniones mensuales de seguimiento para verificar los avances de auditorías y seguimientos, y garantiza el diligenciamiento de la declaración de

debido al reporte inoportuno por parte del proceso responsable de remitir la información para su revisión, análisis y transmisión.	Procesos - CI: Falta de recurso humano suficiente y/o idóneo para ejecutar las actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría.	de las auditorías / seguimientos asignados a los profesionales para el cumplimiento del PAA. El jefe de la Oficina de Control Interno, cada vez que inicia una auditoría / seguimiento, solicita al profesional asignado el diligenciamiento de la Declaración de independencia, confidencialidad y no conflicto de intereses del auditor interno.			independencia, confidencialidad y no conflicto de intereses por parte de los auditores internos. En conjunto, estas acciones permiten concluir que el control se encuentra implementado, con diseño adecuado y en operación efectiva, contribuyendo al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
GES-RC1 Posibilidad de recibir dadas o beneficios a nombre propio o de terceros para omitir unidades auditables en el Plan Anual de Auditoría o alterar los hallazgos resultados de las auditorías o seguimientos programados.	Factor de corrupción - Presión indebida sobre el auditor para que omita y modifique, altere los hallazgos encontrados durante la auditoría y/o seguimiento realizado, oculte información y/o retrase los informes de las auditorías asignadas Factor de corrupción - Presión dirigida hacia ajustar o manipular e incumplir el Plan Anual de Auditoría, afectando la independencia y/o la capacidad instalada de la Oficina de Control Interno para la ejecución del PAA.	El jefe de Oficina de Control Interno identifica trimestralmente la necesidad de solicitar al Ordenador del Gasto, la contratación de los profesionales que se requieren para dar cumplimiento al Plan Anual de Adquisiciones El jefe de la Oficina de Control Interno, a inicio de cada vigencia verifica en el Plan Anual de Auditoría las fechas de reporte de los informes que deben ser reportados por los diferentes líderes de los procesos, para ser remitidos al ente de control generando alertas tempranas mediante correo electrónico. En caso de no ser remitidos los respectivos informes por parte de los procesos, el jefe de la Oficina de Control Interno solicita el respectivo envío.	1/1/2025	31/12/2025	Se evidencia que los controles definidos fueron cumplidos en su totalidad, evidenciándose que el Jefe de la Oficina de Control Interno identificó de manera trimestral la necesidad de solicitar al Ordenador del Gasto la contratación de los profesionales requeridos para el cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, así como la verificación oportuna de las fechas de reporte de los informes por parte de los líderes de proceso, la generación de alertas tempranas mediante correo electrónico y la solicitud de remisión de información cuando fue necesario. Se recomienda validar la actividad No. 1 debido a que de acuerdo con la priorización de seguimientos y auditorías en el PAA la oficina establece su necesidad desde el monto mismo de emisión y aprobación del plan de auditoría y generar una continuidad de personal con las competencias requeridas para la ejecución de calidad de los ítems enmarcados en el documento teniendo en cuenta curvas de aprendizaje y conocimiento.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Se concluye que los controles definidos fueron cumplidos de manera efectiva, la generación de alertas tempranas y la solicitud de remisión de informes cuando fue necesario, lo cual contribuyó al cumplimiento oportuno del Plan Anual de Auditoría y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno; en consecuencia, se recomienda mantener y fortalecer la aplicación de estos controles y prácticas de seguimiento, a fin de asegurar su sostenibilidad y efectividad en futuras vigencias. de igual manera se recomienda evaluar la actividad de solicitud de personal trimestralmente teniendo en cuenta que el PAA se construye a la vigencia y es importante contar con el personal con competencias para la ejecución y generación de recomendaciones para la mejora continua de la entidad.

8. Firmas:

	
YULIET ANGELICA SANCHEZ POSADA	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa OCI	Jefe Oficina de Control Interno



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION DE LA OPERACION
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia. Objetivo del proceso: Adelantar las actividades pertinentes a resolver los trámites relacionados con los servicios de vigilancia y seguridad privada y demás requerimientos de los usuarios para verificar que los prestadores de estos servicios tengan la capacidad e idoneidad suficiente para su ejercicio, tomando como referencia la normatividad vigente.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
EFFECTIVIDAD DEL SERVICIO OPERACIONES (No. de servicios con decisión de fondo en el periodo/No de solicitudes anteriores + número de solicitudes trimestre) * 100	19.96%	Observaciones OCI: Conforme a lo observado se evidencia que la Delegatura para la Operación NO REALIZA LOS REPORTES DE INDICADORES DE GESTION A PARTIR DE ABRIL DEL AÑO 2025, cuenta con un nivel de medición trimestral, donde para el año 2025 se cuenta solo con información del primer trimestre con un porcentaje de cumplimiento del 6.99%, adicional el cumplimiento es totalmente deficiente. Cuentan con una con un gran cumulo de procesos a gestionar de años anteriores; para enero del 2025 se contaba con 5632 procesos donde en el primer trimestre solo se da avanzó a 423 solicitudes, hay que tener en cuenta que de abril del 2025 al 31de diciembre del 2025 se recibieron más solicitudes para gestionar y eso ocasiona más cumulo de solicitudes; no se tiene la información de cuantas más solicitudes se avanzaron en el 2025. Por parte de la secretaria general se ha gestionado el personal en el año 2025 para avance de las solicitudes y descongestionar procesos de años anteriores. Se recomienda revisar nuevamente los indicadores planteados en cuanto a su periodicidad de entrega e información solicitada. Se observa falta de compromiso por parte de la Delegatura y el personal encargado para la entrega de información de los indicadores solicitados; solo se visualizan datos del primer trimestre, no hubo alcance de la información para el análisis final de la evaluación, de acuerdo con los valores encontrados en la suite visión.

SERVICIO NO CONFORME (Cantidad de SNC identificados/Cantidad de Servicios Generados) * 100	16%	Observaciones OCI: De acuerdo con lo revisado se evidencia que la Delegatura para la Operación NO REALIZA LOS REPORTE DE INDICADORES DE GESTION A PARTIR DE ABRIL DEL AÑO 2025, cuenta con un nivel de medición trimestral, donde para el año 2025 se cuenta solo con información del primer trimestre de este indicador con un porcentaje de cumplimiento del 16%, adicional el avance y cumplimiento es totalmente deficiente. De 423 solicitudes para gestionar en el primer trimestre se identificaron solo 69 como producto no conforme; a partir de abril del 2025 al 31de diciembre del 2025 no se realizaron más reporte ya que se desconoce la información de las solicitudes avanzadas en el indicador anterior. Por parte de la Secretaria General se ha gestionado el personal en el año 2025 para avance de las solicitudes y descongestionar procesos de años anteriores. Se recomienda revisar nuevamente los indicadores planteados en cuanto a su periodicidad de entrega e información solicitada. Se observa falta de compromiso por parte de la Delegatura y el personal encargado para la entrega de información de los indicadores solicitados; solo se visualizan datos del primer trimestre, no hubo alcance de la información para el análisis final de la evaluación, de acuerdo con los valores encontrados en la suite visión.
---	-----	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se evidenció el cumplimiento del 17.98% resultado totalmente deficiente a las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:
Indicador 1: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia se observa que no se realizó el reporte del segundo, tercer y cuarto trimestre, solo con la información del primer trimestre se alcanza una escala del 1.7% por tal razón no se puede realizar seguimiento a las gestiones realizadas ocasionando represamiento en las solicitudes allegadas al día a la entidad.
Indicador 2: Se evidencia un cumplimiento deficiente en la escala del 4% al índice de efectividad debido a que no se realizó el reporte del segundo, tercer y cuarto trimestre, solo con la información del primer trimestre, no se puede efectuar el indicador sin datos del indicador anterior.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GOP-RG1 Posibilidad de afectación reputacional por incremento de quejas y/o reclamos de los	* Procesos - CR: debido a la emisión de actos administrativos y/o comunicaciones oficiales con	* El Delegado para la Operación a solicitud de los coordinadores de grupo, de manera trimestral (mínimo) gestiona trámites de alta complejidad y con el fin de analizar la viabilidad de aprobar o rechazar las	1/1/2025	31/12/2025	Se debe continuar la gestión para dar respuesta a peticionarios en los términos de ley sujeto siempre a la normatividad, dando avance a procesos operativos revisados efectiva y responsablemente y dando una respuesta eficaz a las solicitudes.

usuarios, relacionadas con los trámites gestionados, debido a la emisión de actos administrativos y/o comunicaciones oficiales con errores.ativos y/o comunicaciones oficiales con errores.	errores por error humano involuntario.	solicitudes recibidas, realiza comité previo para analizar y dar recomendacione * El coordinador de cada grupo de trabajo diariamente revisa los actos administrativos proyectados con el propósito de verificar la respuesta y decisiones de fondo frente a los trámites gestionados, revisa la veracidad y coherencia de la información de acuerdo con el requerimiento			Se solicita soportarse en el material documental físico aportado a las solicitudes, para dar respuesta por ausencia del gestor documental de manera responsable para proyección y firma, evitando a cabalidad errores en los actos administrativos.
GOP-RG2 Posibilidad de afectación reputacional debido al incumplimiento de los términos legales en materia de gestión de trámites.	* Procesos - CR: Debilidades en el gestor documental * Procesos - CI: Falta de Recurso Humano suficiente e idóneo y/o alta rotación de personal	* El coordinador de grupo realiza semanalmente informe de seguimiento de trámites pendientes por profesional asignado. En caso de que los profesionales del grupo tengan pendientes próximos a vencer, el coordinador realiza el llamado a atender los pendientes en la brevedad posible. * El Delegado para la operación recoge anualmente las necesidades de perfiles idóneos para el cumplimiento del objetivo del proceso y las metas establecidas y las informa al ordenador del gasto para incluir en Plan Anual de Adquisiciones. * Cada coordinador de grupo y auxiliar/técnico asignado cada vez que ingresa un requerimiento de trámite, con el propósito de tener el control de las solicitudes allegadas ingresa la información del trámite a la base de datos y profesional al que se le asigna.	1/1/2025	31/12/2025	Se recomienda dar avance a las solicitudes cronológicamente partiendo de los más antiguas, realizando el seguimiento para firma y radicación de los actos administrativos proyectados, así mismo tener la información al día en las bases de datos para su seguimiento; evitando derechos de petición y tutelas por la no respuesta a las solicitudes

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Para la vigencia 2026 se recomienda revisar los indicadores que actualmente lleva el proceso, con el fin de que se identifiquen otros aspectos a evaluar y tiempos de reporte de periodicidad, para permitir mejorar la gestión y resultados del mismo, esto en atención a que, revisados los resultados, son aspectos que podrían ya llevarse en un tablero de control e identificar otros aspectos a evaluar.

Se recomienda tener en cuenta el seguimiento a cada uno de los procesos que se lleven a cabo en los tiempos de ley, de la misma manera priorizar y dar avance al cumulo de procesos que se encuentran en las oficinas y lograr descongestionar cada uno de los indicadores, de la misma manera se solicita a la oficina de la Delegatura para la Operación realizar los reportes de los indicadores solicitados para poder ser evaluación y poder identificar falencias que vienen ocurriendo durante los procesos.

8. Firmas:





CLARA LUCIA DAZA REY	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
SALIDAS NO CONFORMES CON TRATAMIENTO (Cantidad de SNC tratadas / Cantidad de SNC identificadas) * 100	100%	Observaciones OCI: Se evidenció el seguimiento oportuno y sistemático a las Salidas No Conformes identificadas y reportadas, las cuales fueron remitidas a los procesos correspondientes para su debido tratamiento y corrección, garantizando la adopción de acciones pertinentes y contribuyendo al mejoramiento continuo de la gestión institucional.
EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA LA GESTION DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES (Número de acciones del plan de riesgos y de oportunidades cumplidas en los tiempos programados / Número total de acciones programadas para abordar riesgos y oportunidades) *100	96.92%	Observaciones OCI: Durante la vigencia 2025 se evidenció el cumplimiento total de los planes de riesgos de gestión y de oportunidades de contexto, y un alto nivel de cumplimiento del plan de riesgos de corrupción, con dos (2) actividades pendientes de las veinte (20) programadas. En general, el avance de las acciones fortalece la gestión integral de los riesgos y las capacidades institucionales.
CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS DE CALIDAD (No. De acciones aprobadas / No. Total, de acciones programadas) * 100	97%	Observaciones OCI: Al corte de diciembre de 2025, el Plan presenta un avance del 97%, reflejando un desempeño general oportuno en la ejecución de las acciones programadas; no obstante, la existencia de acciones vencidas en algunos procesos constituye un factor que puede afectar la mejora continua institucional, por lo cual resulta pertinente mantener el seguimiento por parte del Grupo de Mejoramiento Institucional hasta su cierre oportuno.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:					
6.1. Indicadores.					
Se evidenció el cumplimiento del 97,97% para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:					
Se concluye que el seguimiento realizado a los indicadores incorporados con el proceso garantiza el objeto del proceso y su gestión transversal antes lo demás procesos en la consecución de la mejora y los tiempos de respuesta, más sin embargo se debe afianzar la apropiación de cumplimiento de los planes de mejoramiento con el propósito de mitigar las debilidades y apuntar a la mejora.					
Evidencias: Plataforma SVE					
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN					
6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GMI-RG1 Posibilidad de pérdida reputacional por suspensión o pérdida de la certificación de calidad por parte del ente certificador, debido a incumplimiento de los requisitos establecidos.	Procesos - CR: Debilidad en el seguimiento al cumplimiento de los requisitos de la ISO 9001 por parte de los procesos Procesos - CI: Debilidad en el compromiso por parte del acta dirección y la gerencia	1. El profesional y/o contratista asignado, verifica mensualmente el reporte de las actividades programadas en el marco de los planes de mejoramiento de las auditorías de calidad, riesgos e indicadores 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación, programa y ejecuta anualmente una auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad.	1/1/2025	31/12/2025	1. Durante la vigencia 2025 no se evidenció la totalidad de los seguimientos mensualizados programados para la verificación de los planes de mejoramiento derivados de auditorías de calidad, así como de riesgos e indicadores. En consecuencia, se recomienda ajustar el diseño del control y/o asegurar que, para la vigencia 2026, los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación realicen de manera oportuna y sistemática los seguimientos correspondientes, con el fin de prevenir la materialización de riesgos y evitar contingencias al cierre de la vigencia.

	media para el cumplimiento en el reporte de sus responsabilidades respecto al Sistema de Gestión de Calidad	3. El profesional y/o contratista asignado, valida semestralmente la ejecución de campañas / capacitaciones para apropiación de los conceptos y lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad.			2.La Oficina Asesora de Planeación programa y ejecuta anualmente la auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad; durante la vigencia se realizaron las auditorías previstas, dando cumplimiento cabal al control establecido y contribuyendo al mantenimiento y fortalecimiento del Sistema de Gestión de Calidad. 3. Durante la vigencia se realizaron las campañas y capacitaciones correspondientes para la apropiación de los conceptos y lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de calidad en la Entidad.
GMI-RG2 Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento del plan y el desarrollo de las auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad, debido a la falta de experiencia e insuficiencia del personal formados como auditor.	Procesos - CR: Falta de personal idóneo y suficiente para la ejecución de la auditoría interna de calidad Procesos - CI: por el incumplimiento del plan y el desarrollo de las auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad.	1. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisa anualmente el equipo de auditores internos con el propósito de evaluar si la entidad cuenta con personal formado y actualizado para el desarrollo del plan. 2. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador del Grupo de Mejoramiento Institucional, valida anualmente que los auditores internos cumplen con el perfil establecido en el Procedimiento.	1/1/2025	31/12/2025	Se evidencian los controles implementados, toda vez que durante el II trimestre se recopilaron los perfiles y hojas de vida de los auditores internos, contando con un total de 17 auditores, así como los certificados de capacitación como Auditores Internos en SGI ISO 9001, lo cual permite verificar el cumplimiento del control y la idoneidad del equipo auditor.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Durante la vigencia 2025 se evidenció una adecuada gestión del Sistema de Gestión de Calidad, reflejada en la ejecución de las auditorías internas programadas, el desarrollo de campañas y capacitaciones para la apropiación de sus lineamientos y la conformación de un equipo auditor idóneo; sin embargo, no se cumplió en su totalidad con los seguimientos mensualizados a los planes de mejoramiento, riesgos e indicadores, situación que puede afectar la oportunidad en la mitigación de los riesgos de gestión, por lo cual se recomienda fortalecer y ajustar el control asociado a dichos seguimientos y asegurar su ejecución sistemática durante la vigencia 2026, manteniendo a su vez las buenas prácticas implementadas.

8. Firmas:

	
YULIET ANGÉLICA SÁNCHEZ POSADA	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa OCl	Jefe Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTIÓN DEL SERVICIO
Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 3. Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia.	
Objetivo del proceso: Gestionar la interacción con la ciudadanía y los grupos de valor mediante la atención multicanal, la asignación y seguimiento de PQRSD, la gestión de trámites delegados y la notificación de actos administrativos; garantizando el acceso a la información, el trato digno y la satisfacción del usuario, en cumplimiento de los lineamientos y la normativa vigente.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
GESTION DE NOTIFICACIONES 2025 (Total actos administrativos gestionados en tiempos de Ley durante el periodo / Total de actos administrativos recibidos para para gestionar en el periodo) * 100	95.52%	El número de actos administrativos terminados varía según el proceso y la modalidad de notificación aplicable en cada caso, de conformidad con el Estatuto Tributario y la Ley 1437 de 2011; no obstante, se evidencia el cumplimiento del indicador en su meta establecida para la gestión de estos actos administrativos.
RESPUESTA OPORTUNA PQRSD (PQRSD respondidas dentro de los términos normados / Total PQRSD recibidas) * 100	2%	No se evidencia el cumplimiento del indicador “Respuesta Oportuna PQRSD”, dado que, según lo informado por el proceso, la emisión de las respuestas depende de la gestión y toma de decisiones por parte de la Alta Dirección; no obstante, es importante precisar que, independientemente de dichas instancias, debe garantizarse el cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad vigente aplicable al trámite de PQRSD, en especial lo dispuesto en la Ley 1755 de 2015, con el fin de asegurar la atención oportuna a los ciudadanos y el respeto al debido proceso. De igual manera se hace oportuno la revisión de las métricas utilizadas para el indicador toda vez que cuenta con meta del 90% de cumplimiento margen que dada la Ley no se debería contener para medición de cumplimiento.
SATISFACCION DEL USUARIO - Canales de atención (Cantidad de preguntas contestadas con calificación de 4 y 5 / Número de preguntas contestadas) * 100 Descripción de la fórmula Para la realización la encuesta del formato FOR-GSP-370-064 - ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO se aplicará mediante forms, para periódicamente descargar las respuestas y obtener los resultados para reportar las variables. Para la variable "Número de preguntas contestadas" se tomará la cantidad de preguntas de la encuesta por la cantidad de encuestas aplicadas. Para la variable "Cantidad de preguntas contestadas con calificación de 4 y 5" se tomarán únicamente las preguntas contestadas por el usuario con 4 y 5 de una escala de 1 a 5 donde 1 es no satisfactorio y 5 excelente.	78.26%	No se evidencia un alto nivel de satisfacción del cliente, debido a múltiples factores que han afectado la oportunidad y calidad en la atención, entre los que se destacan la falta de canales de atención como chat, la insuficiencia y rotación constante de personal en el Grupo de Atención al Usuario, las demoras en la contratación y la curva de aprendizaje del personal nuevo, así como la intermitencia de la sede electrónica y la indisponibilidad del gestor documental desde el 19 de marzo de 2025. Estas situaciones han generado retrasos en la radicación, asignación y respuesta de los trámites, con afectación en el cumplimiento de los términos legales y en la percepción del servicio por parte de los usuarios.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:**6.1. Indicadores.**

Se evidenció el cumplimiento del 58.59% durante el primer semestre de las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:

Se concluye que puede evidenciar en la evaluación de los indicadores del proceso que se encuentran una criticidad de operación dentro del mismo conllevando a retrasos e incumplimientos normativos que pueden generar la materialización de riesgos económicos y reputacionales a la entidad. Se debe desde Talento humano validar las opciones que puede tener la entidad en la consecución de personal permanente teniendo en cuenta lo sensible que es el proceso, de igual manera desde TICs se debe garantizar la continuidad de negocio siendo estos parámetros de validación por parte de los entes de control.

Evidencias: Plataforma SVE

Archivo: GRUPO DE ATENCIÓN AL USUARIO

6.2. Riesgos.

Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GSP-RG1 Posibilidad de pérdida reputacional por observaciones y hallazgos de entes internos y externos de control debido a la inoportunidad en la notificación de los actos administrativos ocasionando el incumplimiento de los términos de ley, lo cual afecta la prestación de los servicios. (incidencia fiscal)	Tecnología - CR: Falla del gestor documental que puede generar reprocesos y demoras en la notificación Procesos - CI: Recurso humano insuficiente para dar respuesta al volumen de solicitudes (2023- 2024 y 2025) en el proceso de notificaciones. Procesos - Debilidad de controles que dificulten la fuga o perdida de información de los vigilados, durante el proceso de notificación y/o comunicación de los actos administrativos.	1. El coordinador del grupo verifica constantemente el funcionamiento de la herramienta, en caso de evidenciar intermitencia o fallas comunica al área de sistemas y de acuerdo a la instrucción da un tiempo de espera mientras se resuelve la dificultad. 2. El profesional encargado de la asignación realiza seguimiento semanal al personal encargado del proceso de notificaciones, con el propósito de cotejar y verificar el cumplimiento de lo asignado, de acuerdo a lo registrado en la base de datos de notificaciones. 3. El notificador revisa constantemente los actos administrativos suministrados por las áreas para notificación, verificando si es una salida conforme o no	1/1/2025	31/12/2025	1. Si bien se evidencia el informe de gestión de notificaciones, no se adjuntó el correo electrónico de remisión, por lo cual no fue posible contar con la evidencia completa para evaluar la efectividad del control. 2. Se remitió la evidencia a reportar, correspondiente al formato de salidas no conformes, el cual cuenta con un diseño y una frecuencia de monitoreo adecuados; no obstante, se requiere complementar la información con los soportes que permitan verificar el tratamiento y cierre de las salidas no conformes, a fin de evaluar de manera integral la efectividad del control. 3. Se recomienda al proceso el rediseño del control, ajustándolo a la realidad operativa de la Entidad, toda vez que no es posible evaluar su efectividad debido a la contingencia presentada.
GSP-RG2 Posibilidad de pérdida reputacional por insatisfacción en la prestación de los servicios debido a la falta de oportunidad en la respuesta a los usuarios de trámites y PQRSD.	Procesos - CR: Incumplimiento de los términos de ley por parte de los procesos responsables de dar respuesta a trámites y PQRSD Procesos - CI: Falta de Recurso Humano suficiente	1. El coordinador del grupo verifica constantemente el funcionamiento de la herramienta, en caso de evidenciar intermitencia o fallas comunica al área de sistemas y de acuerdo a la instrucción da un tiempo de espera mientras se resuelve la dificultad. 2. El profesional encargado del reparto realiza la asignación diaria únicamente a los coordinadores de grupo o al superior jerárquico inmediato para los casos en los que no exista coordinador asignado.	1/1/2025	31/12/2025	1. Se concluye que el proceso remitió los memorandos con los informes de PQRSD pendientes de respuesta correspondientes a la vigencia 2025; sin embargo, la ausencia de las bases de datos de pendientes impide contar con la evidencia completa para evaluar el cumplimiento total del control. En consecuencia, se recomienda allegar de manera oportuna los memorandos junto con las bases de datos consolidadas, con el fin de fortalecer la trazabilidad de la información y permitir una evaluación integral de la efectividad del control.

	e idóneo y/o alta rotación de personal Tecnología - Falla total o parcial del gestor documental que genera demoras y reprocesos en la emisión de respuestas dentro de los tiempos normados	3. El profesional encargado, realiza diariamente el reparto de las PQRSD y trámites recibidos por los canales institucionales, a los coordinadores de grupo y realiza seguimiento mensual a la respuesta, con el propósito de			2. Se allega como evidencia en la Suite Visión Empresarial el listado de correos electrónicos con la designación de responsables; así mismo, se realiza seguimiento y asignación diaria a las PQRSD radicadas y al proceso de respuesta de estas, por lo cual se determina que el control presenta un diseño adecuado y resulta efectivo. 3. La evidencia por reportar para el respectivo control corresponde a correos y pantallazos de tickets a los sistemas, mediante los cuales se informa la situación presentada; no obstante, se recomienda ajustar o rediseñar el control a la realidad institucional, toda vez que, ante las contingencias operativas existentes, no es posible su ejecución en los términos inicialmente definidos.
GSP-RC1 Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros por omitir la notificación oportuna de los actos administrativos a los vigilados o grupos de valor.	Factor de corrupción - Demoras en el proceso de notificación por desconocimiento de los procedimientos internos o para beneficiar a un tercero.	El coordinador del área o profesional designado, realizan seguimiento mensual al personal encargado del proceso de notificaciones, con el propósito de cotejar y verificar el cumplimiento de lo asignado, a través de la validación de la base de datos de notificaciones; en caso de no coincidir la información registrada en la base de datos, se solicita al personal dar el respectivo cumplimiento, dejando como evidencia el reparto y desarrollo de trabajo mediante base de datos de notificaciones.	1/1/2025	31/12/2025	Se concluye que, si bien se realiza seguimiento diario o semanal a los procesos de notificación y se cuenta con un equipo capacitado, los entregables suministrados no se ajustan a lo establecido para el control, lo cual limita la evaluación de su efectividad. En consecuencia, se identifica la necesidad de fortalecer la estandarización y documentación del control, a fin de asegurar la trazabilidad de la gestión de notificaciones, prevenir la materialización de riesgos asociados al debido proceso y mitigar posibles riesgos de gestión y de corrupción.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Se concluye que, si bien el proceso presenta avances en la ejecución de controles, seguimiento a PQRSD, gestión de notificaciones y capacitación del personal, persisten debilidades en la integridad y trazabilidad de las evidencias, así como desajustes entre los controles definidos y su ejecución real, lo que limita la evaluación de su efectividad. En consecuencia, se recomienda fortalecer la estandarización y documentación de los controles, asegurar la entrega de evidencias completas y verificables, y ajustar o rediseñar aquellos controles que no se ajustan a la realidad operativa de la Entidad, con el fin de prevenir riesgos de gestión, de corrupción y afectaciones al debido proceso teniendo en cuenta la latente materialización de los riesgos económicos y reputacionales por el incumplimiento a lo establecido en la Ley y la difuminación de la misionalidad de la entidad en cuanto a la falta de respuesta oportuna a requerimiento de usuarios

8. Firmas:

	
YULIET ANGELICA SANCHEZ POSADA	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa OCI	Jefe Oficina de Control Interno



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION
Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 3. Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia.	
Objetivo del proceso: Gestionar eficientemente los recursos de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, generando valor a los procesos de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada mediante la prestación oportuna y adecuada de los servicios tecnológicos que respaldan la gestión de la información de la entidad. Esto se realiza a través de la adopción e implementación de estándares y buenas prácticas, en cumplimiento de los lineamientos y el marco legal establecidos por el Estado Colombiano, contribuyendo así al logro de los objetivos estratégicos de la entidad.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Servicios de soporte No de servicios de soporte atendidos en el mes No servicios soporte del mes anterior pendientes No servicios soporte mes actual 1. Seguimiento permanente a la prestación y calidad de los servicios de soporte atendidos durante el mes.	98.77%	Observaciones OCI: Al analizar el comportamiento del indicador durante la vigencia evaluada, se evidencia una variación en su desempeño a lo largo del periodo. En este sentido, se recomienda validar la pertinencia del indicador, considerando su posible ajuste o modificación, con el fin de facilitar una evaluación más precisa y un seguimiento efectivo. Adicionalmente, se sugiere revisar otros aspectos del proceso de Gestión de Sistemas de Información que puedan ser objeto de medición, de manera que se fortalezca la gestión y el control del proceso por cuanto su avance no alcanzo la meta trazada del 100%.
Indicador de disponibilidad de los sistemas de información Periodo evaluado Tiempo UPTIME Infraestructurao	85.69%	Observaciones OCI: Al analizar el comportamiento del indicador durante la vigencia evaluada, se evidencia una variación en su desempeño a lo largo del periodo. En este sentido, se recomienda validar la pertinencia del indicador, considerando su posible ajuste o modificación, con el fin de facilitar una evaluación más precisa y un seguimiento efectivo. Adicionalmente, se sugiere revisar otros aspectos del proceso de Gestión de Sistemas de Información que puedan ser objeto de medición, de manera que se fortalezca la gestión y el control del proceso por cuanto su avance no lleo al 100%.
Indicador de cumplimiento de los acuerdos de los niveles de servicio (ANS) No. Total se solicitudes de servicio recibidas (Incidentes) No. solicitudes de servicio (incidentes) atendidos en el tiempo acordado	100%	Observaciones OCI: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia se observa que durante la vigencia del 2025 se evidencia un cumplimiento en la efectividad del indicador al 100%.
Porcentaje de avance en cumplimiento de entregables de los proyectos activos del PETI Entregables Logrados Proyecto Entregables Planeados Proyecto	82.01%	Observaciones OCI: Al analizar el comportamiento del indicador <i>Porcentaje de avance en el cumplimiento de los entregables de los proyectos activos del PETI</i> durante la vigencia evaluada, se observa un resultado del 82,01 %, evidenciándose variaciones en su desempeño a lo largo del periodo. En este contexto, se recomienda validar la pertinencia del indicador, considerando su posible ajuste

		o reformulación, con el fin de permitir una evaluación más precisa y un seguimiento efectivo del avance. Adicionalmente, se sugiere identificar y medir otros aspectos del proceso de Gestión de Sistemas de Información que contribuyan a fortalecer la gestión y el control del proceso, teniendo en cuenta que el nivel de cumplimiento no alcanzó el 100 % de lo programado.
Porcentaje de cumplimiento presupuestal de los proyectos contemplados en el PETI Presupuesto ejecutado PETI Presupuesto programado PETI	89.17%	Observaciones OCI: Al analizar el comportamiento del indicador <i>Porcentaje de cumplimiento presupuestal de los proyectos contemplados en el PETI</i> durante la vigencia evaluada, se evidencia un resultado del 89,17 %, lo cual refleja variaciones en su desempeño a lo largo del periodo. En este sentido, se recomienda validar la pertinencia del indicador, considerando su posible ajuste o reformulación, con el fin de permitir una evaluación más precisa y un seguimiento efectivo del comportamiento presupuestal. Adicionalmente, se sugiere revisar otros aspectos del proceso de Gestión de Sistemas de Información que puedan ser objeto de medición, de manera que se fortalezca la gestión y el control del proceso, teniendo en cuenta que el nivel de cumplimiento no alcanzó el 100 % de lo programado.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Durante la vigencia 2025, se evidenció un cumplimiento del 91,12 % de las metas programadas, así como la realización del monitoreo periódico del avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:
Durante la vigencia evaluada, los indicadores asociados a la gestión de los servicios de soporte y a la ejecución del PETI evidencian un desempeño globalmente favorable, con niveles de cumplimiento que oscilan entre el 82,01 % y el 100 %. No obstante, se identifican variaciones relevantes en algunos resultados, así como brechas en la completitud de la información, que limitan un análisis integral y oportuno de la gestión. El indicador de Servicios de Soporte presenta un alto nivel de cumplimiento (98,77 %), lo cual refleja una gestión efectiva; sin embargo, su comportamiento sugiere la necesidad de revisar su capacidad real para capturar oportunidades de mejora. De igual forma, el indicador de disponibilidad de los sistemas de información muestra un cumplimiento parcial (85,69 %), asociado principalmente a la ausencia de reporte del último trimestre de la vigencia, situación que afecta la trazabilidad y el seguimiento continuo. Por su parte, el indicador de cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS) alcanza un resultado del 100 %, evidenciando la adecuada definición y control de las variables establecidas. En contraste, los indicadores relacionados con el avance de los proyectos del PETI y el cumplimiento presupuestal presentan cumplimientos del 82,01 % y 89,17 %, respectivamente, reflejando avances significativos, pero también variaciones que requieren un análisis más fino de su diseño y de los factores que inciden en su ejecución. Recomendaciones generadas desde la oficina a tener en cuenta en cuanto a los indicadores evaluados. - Revisar y optimizar el diseño de los indicadores con variaciones relevantes, con el fin de validar su pertinencia, sensibilidad y alineación con los objetivos estratégicos, considerando su ajuste, reestructuración o la definición de nuevos indicadores que fortalezcan la medición y el análisis de la gestión. - Fortalecer la oportunidad y completitud del reporte de información, especialmente en los indicadores de disponibilidad de sistemas, garantizando el registro de todos los periodos de la vigencia para asegurar trazabilidad y toma de decisiones basada en información integral. - Mantener y replicar las buenas prácticas identificadas en los indicadores con alto desempeño, particularmente en el cumplimiento de los ANS, como referente para el fortalecimiento de otros procesos y mediciones. - Continuar con las estrategias de seguimiento y monitoreo permanente de los proyectos del PETI, tanto en su avance físico como presupuestal, priorizando los procesos pendientes del segundo semestre y anticipando desviaciones que puedan afectar el logro de los resultados esperados. De igual manera más allá de presupuesto la puesta en marcha de los componentes del PETI para validar su proceso de interiorización y uso
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.

Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GSI- RC1 Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros facilitando el acceso, manipulación o adulteración de la información almacenada en las bases de datos de la entidad	* Factor de corrupción - Ausencia del rol de Administrador de Base de Datos (DBA) y desarrollo de actividades relacionadas con la administración de las bases de datos. * Factor de corrupción - Falta de seguimiento al cumplimiento de lo establecido en la Matriz de roles y responsabilidades	- El líder del proceso asigna trimestralmente responsables incluyendo la administración de las bases de datos, de acuerdo con el organigrama de la oficina de sistemas. - El personal encargado verifica mensualmente que se encuentren activadas las pistas de auditoría del gestor documental. En caso evidenciar que no se encuentran activas informa al Jefe de Oficina de Sistemas para definir el curso de acción. - El personal encargado, realiza la actualización periódica en el directorio activo institucional de acuerdo con las novedades que se presentan en relación con el ingreso y salida de personal.	1/1/2025	31/12/2025	No se allegan evidencias que soporten la ejecución del control, lo cual dificulta su monitoreo y evaluación de efectividad. En consecuencia, se recomienda realizar el rediseño del control del riesgo, teniendo en cuenta que actualmente se encuentra clasificado en estado de ineffectividad, conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
GSI-RG1 Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de parte de los entes de control debido al incumplimiento de las políticas y pérdida de la información clasificada y reservada de la entidad por malas prácticas y acceso de personal no autorizado.	* Procesos - CR: Debilidades en la gestión de usuarios (roles y responsabilidades) del gestor documental, permitiendo acceso a personal con roles que no corresponden * Procesos - CI:	- El personal encargado, realiza la toma de copias de respaldo al correo electrónico, para salvaguardar la información de la entidad en el momento en que se retiran los servidores y/o contratistas. A su vez la información institucional deberá de estar disponible en el Sharepoint del área a la cual estaba vinculado, y también se realizarán los backups a los servidores institucionales donde se encuentran las aplicaciones y bases de datos. - El personal encargado, realiza la actualización periódica en el directorio activo institucional de acuerdo con las solicitudes por parte de los líderes de proceso respecto a novedades de personal (ingreso, cambio de área, salida y vacaciones). En caso de no recibir las novedades, se procederá a validar el directorio activo versus la información suministrada por los procesos	1/1/2025	31/12/2025	Se evidencia una inconsistencia entre lo señalado en la evidencia y la frecuencia del monitoreo, toda vez que el informe es de carácter semestral, mientras que el monitoreo en la SVE se realiza de manera eventual, conforme a la necesidad. En este sentido, se recomienda efectuar el rediseño del control del riesgo, dado que actualmente se encuentra clasificado en estado de ineffectividad. Se evidencia una inconsistencia en el diseño del control, relacionada con la correspondencia entre la evidencia aportada y la frecuencia de monitoreo definida, toda vez que el reporte indica una periodicidad mensual, mientras que en la SVE se establece que la ejecución del control se realiza cuando se requiera. En este sentido, se recomienda adelantar el rediseño del control del riesgo, a fin de asegurar su adecuada formulación, coherencia operativa y efectividad, en concordancia con los

	Pérdida de información debido a la rotación de personal	Gestión de Talento Humano y Gestión Contractual de acuerdo con lo indicado en el Instructivo gestión segura de usuarios (INS-GSI-140-014). 3. El Jefe de Oficina de Sistemas antes de firmar los Paz y salvos de los contratistas o funcionarios que se retiran, valida que las bandejas no cuenten con tareas pendientes y sin gestión.			lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, dado que en su estado actual el control se clasifica como inefectivo.
GSI-RG2 Posibilidad de pérdida reputacional por fallas en la operación de los sistemas de información de la entidad, debido a la falta de planeación, seguimiento y controles relacionados con los recursos económicos y humanos para la gestión de los sistemas de información.	* Procesos - CR: Personal insuficiente para la gestión y administración de los sistemas de información * Tecnología - CI: Debilidades en la adquisición de soporte y mantenimiento de los sistemas de información, así como de la infraestructura de TI necesaria para el funcionamiento de los aplicativos de la entidad	1.El jefe de la Oficina de Sistemas, anualmente evalúa las necesidades para el correcto funcionamiento de los sistemas de información, incluyéndolas en el Plan Anual de Adquisiciones. 2. El jefe de la Oficina de Sistemas, realiza cada vez que se requiera, la asignación de un responsable para la administración, soporte, mantenimiento y capacitación de los sistemas de información.			No se evidencia la ejecución del monitoreo del control, lo que limita la evaluación de su desempeño. En consecuencia, se recomienda el rediseño del control del riesgo, con el fin de permitir la evaluación de su efectividad, en concordancia con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Articular el análisis de indicadores con la gestión del riesgo y la planeación institucional, de manera que los resultados obtenidos contribuyan de forma efectiva al mejoramiento continuo y al cumplimiento de los objetivos estratégicos.

8. Firmas:



Lyda Rocio Gomez Hernandez

LYDA ROCIO GOMEZ HERNANDEZ

Profesional de Defensa Control Interno

Carolina Lopez Gallego

CAROLINA LOPEZ GALLEGO

Jefe Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION DEL TALENTO HUMANO - GTH
Objetivo Estratégico 2. Mejorar el desempeño de la gestión institucional a nivel del desarrollo humano, tecnológico y físico, fortaleciendo la misionalidad de la entidad	
Objetivo del proceso: Planear y gestionar el talento humano desarrollando actividades encaminadas a la provisión, capacitación y bienestar para el fortalecimiento de competencias, clima organizacional, seguridad y salud en el trabajo, con el propósito de tener servidores y colaboradores íntegros y comprometidos con la misión, visión y objetivos institucionales.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
NOVEDADES TRAMITADAS (No. De novedades tramitadas en el periodo/No de novedades reportadas en el periodo) * 100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte de los indicadores en los dos semestres, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades. Es importante si esta actividad impacta directamente el proceso en su gestión o razón de ser o si está es una actividad operativa asociada a un proceso más robusto dentro del área.
TASA DE ROTACION DEL PERSONAL (Personal que se separó de la entidad en el periodo / ((# de personal activo al inicio del periodo + # de personal activo al final del periodo) / 2)) *100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte de indicadores en el primer y segundo semestre. Después de revisada la información que se encuentra en el aplicativo de la Suite Visión se analiza que la rotación del personal en el primer semestre estuvo por debajo del 10% al 4%, y en el segundo semestre al 1% lo que es un resultado muy favorable; ya que busca productividad de los funcionarios y calidad del servicio por la experiencia en sus puestos de trabajo; se recomienda continuar con la motivación del personal para evitar ausentismo y rotación del personal. Se recomienda de igual manera con la continuidad de las actividades para el periodo 2026. Mas sin embargo por la falta de cobertura de personal a toda la entidad se hace necesario que el proceso evalúe diferentes alternativas en cuanto a la consecución de nuevas plazas que permita situar el talento humano en la entidad en un punto de equilibrio, y no se pierdan factores como conocimiento de la entidad y procesos, transferencia de conocimiento, valores como sentido de pertenencia, servicio entre otros
EFFECTIVIDAD EN LA CAPACITACION (Número de personas evaluadas con calificación igual o superior a 3.5/Número total de personas que realizan la evaluación) *100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte de indicadores en cada semestre, con participación a las capacitaciones por parte de los funcionarios, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo 2026. De igual manera se hace necesario validar los impactos de las capitaciones en el personal con la evaluación anula de desempeño que permita evaluar el hacer de cada funcionario y validar las necesidades de desarrollo de competencias del personal.
SATISFACCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS PLAN DE BIENESTAR (Promedio de total servidores que califican entre excelente y bueno el servicio/Promedio de total de servidores encuestados) *100	97.64%	Observaciones OCI: Con el resultado del porcentaje alcanzado se evidencia una meta favorable frente al indicador evaluado; aunque se evidencia que para el primer semestre se obtuvo mejor acogida por parte de los funcionarios en la satisfacción de las actividades realizadas y evaluadas alcanzando un cumplimiento del 99.33% del primer semestre, y en el segundo semestre una efectividad del 97,64% Es importante la caracterización del personal vinculado a la entidad y con base en esta segmentación realizar actividades asociadas al PB para que tenga una mayor acogida frente al personal, validando los tiempos en los cuales se realizan dichas actividades

		Se recomienda continuar con las actividades, logrando alcanzar el 100% de la meta establecida, con el propósito de asegurar su cierre oportuno y garantizar la sostenibilidad de los resultados obtenidos en el marco del Sistema de Control Interno.
EFICACIA EN LA CAPACITACIÓN (Promedio de Número de Personas que Efectivamente Asistieron al Curso/Promedio de Número de Personas Convocadas) *100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte de los indicadores en los dos semestres, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo del 2026. Se recomienda validar la pertinencia y aporte que le da el indicador al proceso toda vez que si valido la efectividad de la capacitación y la ejecución del plan de capacitaciones se tendría como anexo informe de la eficacia de PIC y no tendría cargue administrativo el proceso.
EFICACIA EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PLAN DE BIENESTAR (Total de actividades Realizadas en el periodo/Total de actividades Planeadas en el periodo) *100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte de los indicadores en los dos semestres, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo del 2026. Se recomienda que igual que el indicador anterior se valide con el indicador robusto que puede generar un mayor impacto y variables analizar.
EJECUCION DE REUNIONES CCL SGSST (Reuniones CCL realizadas SGSST/Reuniones CCL programadas SGSST) *100	100%	Observaciones OCI: Revisando el cumplimiento del indicador se analiza que de los 4 reportes trimestrales que se debían realizar para el periodo del 2025, no se evidencio reporte del indicador en el primer y cuarto trimestre; en el reporte para el segundo y tercer trimestre se evidencia que se cumplió de manera eficaz a las tareas asignadas en la dependencia con un cumplimiento al 100%. Se recomienda realizar el seguimiento continuo y reportes en cada uno de los periodos asignados; también se recomienda realizar un estudio y revalorización nuevamente del indicador para su reporte periódico trimestral o semestral estudiado con la oficina de planeación. No se realiza reporte para el indicador en el primer y cuarto trimestre del año 2025, por tal razón no hubo alcance de la información para el análisis final de la evaluación, de acuerdo con los valores encontrados en la suite visión Se recomienda revisar la pertinencia del indicador toda vez que estas reuniones deben realizar se por Ley; o validar la incidencia que tiene el indicador frente al proceso y toma de decisiones estratégicas
EJECUCION DEL PLAN DE CAPACITACION EN SST (Número de capacitaciones ejecutadas del SGSST/Número de capacitaciones programadas del SGSST) *100	100%	Observaciones OCI: Se está cumpliendo a cabalidad el indicador en los trimestres reportados, en el primer, segundo y tercer trimestre se obtiene un cumplimiento del 100% al indicador evaluado esto indica que se están optimizando los procesos planeados y se está realizando el seguimiento a las estrategias implementadas a cada una de las tareas, conforme a lo revisado no se realiza el reporte en el cuarto trimestre del 2025. Se recomienda realizar el seguimiento continuo y reportes en cada uno de los periodos asignados; también se recomienda realizar un estudio y revalorización nuevamente del indicador para su reporte periódico trimestral o semestral estudiado con la oficina de planeación. Se recomienda validar la pertinencia del indicador teniendo en cuenta que el SST debe el plan y ejecución de este en el cual debe contar con todas las métricas establecidas para su evaluación, adicionalmente debe realizar un informe anual sobre los compromisos y ejecución a fin de validar el grado de maduración del sistema. Teniendo como base esto se sugiere validar el indicador si es efectivo su uso
EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE SALUD	0%	Observaciones OCI: No hubo alcance de la información para el análisis del indicador, teniendo en cuenta que no se evidencia información cargada en la Suite Visión, reporte que se realiza con una periodicidad anual. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SST

(Número de funcionarios con evaluaciones médicas ocupacionales según corresponda (Ingreso, periódico, retiro, reubicación, reincorporación) /Número total de funcionarios que les aplique según corresponda) *100		
EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO (Número de funcionarios con auto reporte de condiciones de salud y trabajo/Número total de funcionarios) *100	4.46%	Observaciones OCI: Revisada la información reportada del indicador se evidencia un cumplimiento deficiente con una escala del 4.46%, teniendo en cuenta que se realiza el informe del indicador de manera anual, se evidencia que el reporte realizado se encuentra con cierre al 20 de diciembre del 2024. Se recomienda realizar el seguimiento a los funcionarios para los reportes necesarios por parte de la oficina del SST, de manera periódica y continua como se estime conveniente con el jefe de la oficina de Talento Humano y mitigar los riesgos de salud encontrados que puedan afectar el bienestar y salud de los funcionarios. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SS
FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD (Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes/Número de trabajadores en el mes) *100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia que en los reportes realizados en el indicador se realiza el estudio mes a mes, entregando un resultado muy favorable frente a los niveles de accidentabilidad que se encuentran los funcionarios en su jornada laboral, arrojando un porcentaje mes a mes de menos del 2% de accidentes mensuales; decayendo notablemente el nivel de accidentabilidad a partir del mes de mayo; pero de acuerdo a la información encontrada arroja que el último reporte se realizó en el mes de septiembre del 2025. Se recomienda continuar realizando los reportes de manera continua; también se recomienda realizar un estudio y revalorización nuevamente del indicador para su reporte periódico mensual, bimensual o trimestral estudiado con la oficina de planeación. No se realiza reporte para el indicador a partir del mes de septiembre del año 2025, por tal razón no hubo alcance de la información para el análisis final de la evaluación, de acuerdo con los valores encontrados en la suite visión. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SS Estos indicadores deben estar contemplados en el plan de SST, se recomienda validar un indicador que apunte al proceso como las variables asociadas al ausentismo y el impacto en la ejecución del trabajo
SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD ((Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes Número de días Cargados en el mes) /Número de trabajadores en el mes) *100	-1.141.46%	Observaciones OCI: El resultado de este indicador es deficiente a la meta programada, los reportes realizados en el indicador se realiza mes a mes; del mes de enero del 2025 al mes de septiembre del 2025; se encuentra todos los resultados por encima de la meta de 2, cuando lo más viable sería que estuviera por debajo de la meta; conforme a lo analizado se observa que en los primeros cuatro meses hay un reporte de accidentabilidad laboral muy alto, los meses siguientes se han encontrado en un promedio entre el valor de 20 a 30, de acuerdo a lo observado baja el nivel de accidentalidad del mes de mayo a septiembre del 2025; no registra el reporte del indicador a partir del mes de octubre al mes de diciembre del 2025. De acuerdo con lo revisado se recomienda las siguientes observaciones con el fin de lograr disminuir el porcentaje desfavorable de este indicador: - Analizar y revisar por parte del jefe de Talento Humano y la persona encargada de SST el nivel de accidentalidad que se está reportando, y sus consecuencias si se debe al ambiente o instalaciones del entorno laboral y lograr mitigar el resultado de este indicador en el próximo periodo. - Se recomienda continuar realizando los reportes de manera continua mes a mes realizados de manera eficiente. - Realizar un estudio y revalorización nuevamente del indicador para su reporte periódico mensual, bimensual o trimestral estudiado con la oficina de planeación.

		Verificar internamente el valor de las variables evaluadas para hallar el resultado del indicador en su fórmula; llegado el caso revisar la ficha técnica e informar a la oficina de planeación. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SS No se realiza reporte para el indicador a partir del mes de septiembre del año 2025, por tal razón no hubo alcance de la información para el análisis final de la evaluación, de acuerdo con los valores encontrados en la suite visión. Estos indicadores deben estar contemplados en el plan de SST, se recomienda validar un indicador que apunte al proceso como las variables asociadas al ausentismo y el impacto en la ejecución del trabajo
PROPORCION DE ACCIDENTES DE TRABAJOS MORTALES $\frac{\text{Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año}}{\text{Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año}} \times 100$	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte del indicador con periodo de informe anual, reporte realizado con corte al 31 de diciembre del 2024; por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo del 2026. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SS Estos indicadores deben estar contemplados en el plan de SST, se recomienda validar un indicador que apunte al proceso como las variables asociadas al ausentismo y el impacto en la ejecución del trabajo
PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL $\frac{(\text{No. De casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo} + \text{No. De casos antiguos de enfermedad laboral})}{\text{Promedio de trabajadores en el periodo}} \times 100$	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100% de las metas propuestas en el reporte del indicador con periodo de informe anual con un porcentaje reportado de menos del 0.10%, reporte realizado con corte al 31 de diciembre del 2024; por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo del 2026. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SS Estos indicadores deben estar contemplados en el plan de SST, se recomienda validar un indicador que apunte al proceso como las variables asociadas al ausentismo y el impacto en la ejecución del trabajo
INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL $\frac{\text{No. De casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo}}{\text{Promedio de trabajadores en el periodo}} \times 100$	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100% de las metas propuestas en el reporte del indicador con periodo de informe anual donde se analiza que no registra enfermedad laboral de los funcionarios en el periodo evaluado, reporte realizado con corte al 31 de diciembre del 2024; por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo del 2026. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SS Estos indicadores deben estar contemplados en el plan de SST, se recomienda validar un indicador que apunte al proceso como las variables asociadas al ausentismo y el impacto en la ejecución del trabajo
AUSENTISMO POR CAUSA MEDICA $\frac{\text{Número de días de ausentismo por enfermedad laboral o común SGSST}}{\text{Número de días de trabajo programados en el mes SGSST}} \times 100$	-98.10%	Observaciones OCI: Se evidencia que en los reportes realizados en el indicador se realiza mes a mes; los reportes del mes de enero del 2025 al mes de noviembre del 2025 con un resultado por encima de la meta de 1, cuando lo más viable seria que estuviera por debajo de la meta; conforme a lo analizado se observa que en los primeros cuatro meses hay un nivel de ausentismo medico muy alto por parte de los funcionarios, solo en el mes de octubre se logra nivelar el ausentismo a menos de 1 de la meta, pero en noviembre vuelve y sube de manera elevada; no registra el reporte del indicador del mes de diciembre del 2025.

		De acuerdo con lo revisado se recomienda las siguientes observaciones con el fin de lograr disminuir el porcentaje desfavorable de este indicador: • Analizar y revisar por parte del jefe de Talento Humano y la persona encargada de SST el nivel de ausentismo de los funcionarios y sus consecuencias si se debe al ambiente o instalaciones del entorno laboral y lograr mitigar el resultado de este indicador en el próximo periodo. • Se recomienda continuar realizando los reportes de manera continua mes a mes realizados de manera eficiente. • Realizar un estudio y revalorización nuevamente del indicador para su reporte periódico mensual, bimensual o trimestral estudiado con la oficina de planeación. • Verificar internamente el valor de las variables evaluadas para hallar el resultado del indicador en su fórmula; llegado el caso revisar la ficha técnica e informar a la oficina de planeación. No se realiza reporte para el indicador del mes de diciembre del año 2025, por tal razón no hubo alcance completa de la información para el análisis final de la evaluación, de acuerdo con la información registrada en la suite visión. Evaluar la pertinencia del indicador y si le aporta al proceso en la consecución de su objetivo; o si bien se puede evaluar en el plan SS Estos indicadores deben estar contemplados en el plan de SST, se recomienda validar un indicador que apunte al proceso como las variables asociadas al ausentismo y el impacto en la ejecución del trabajo
--	--	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:	
6.1. Indicadores.	
Conforme a lo evidenciado en el cumplimiento de los indicadores de Gestión de Talento Humano se cumplió al 99.6%; con SGSST, los indicadores de Estructura, procesos y estudio se alcanza un 51.1% de las metas programadas para la vigencia 2025, teniendo en cuenta de 2 indicadores arrojaron resultados deficientes y por los indicadores del SGSST se alcanza una meta de 50.12%, con 2 indicadores que se encuentran en resultado negativo, arrojando medición de los indicadores:	
La recomendación sobre la evaluación realizada frente a la dinámica de los indicadores presentados por el proceso es el validar si estos se encuentran contemplados en el plan de SST como actividades propias del plan, y validar que indicadores le apuntan a la gestión propia del proceso de Talento humano, de igual manera si se cuenta con unas actividades asociadas a demás planes y al PETH se sugiera retirar indicadores de efectividad y eficacia que deben están inmersos en la evaluación realizada al plan El cargue de actividades que no generen un valor agregado a la toma de decisiones estratégicas al proceso y a la alta dirección ocasionan incumplimiento en el diligenciamiento dado que se realiza sobre carga administrativa	
Evidencias: Plataforma SVE	
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GTH-RG1 Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanción de	* Procesos - Falta de presupuesto que impide dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de	* El coordinador del grupo anualmente identifica las necesidades de contratación del SG-SST y las proyecta al ordenador del gasto y al Grupo de contratos para su inclusión	1/1/2025	31/12/2025	1.Durante la vigencia 2025, se evidencia el seguimiento y labor realizada por el grupo de SST, se trabajó con los recursos asignados para su contratación por el ordenador del gasto.

un ente gubernamental, debido al incumplimiento en las directrices de la normatividad legal vigente en materia de riesgos laborales.	riesgos laborales. * Procesos - Falta de personal idóneo y competente * Procesos - Desconocimiento de la normatividad legal vigente en materia de riesgos laborales.	en el PAA de la próxima vigencia. * El coordinador del grupo anualmente solicita entre las necesidades de contratación del área, la contratación de personal de prestación de servicios para ejecutar obligaciones relacionadas con el SG-SST. * La persona asignada para los temas del SG-SST, semestralmente realiza la revisión y actualización de la normatividad aplicable a la entidad que se emite a través de los entes reguladores con apoyo de la ARL,			2.Se recomienda nuevamente la contratación y apoyo para el área del SST, y poder elevar el porcentaje de los indicadores realizando el seguimiento y cumplimiento a cada uno de estos indicadores. 3.Se recomienda la contratación de personal idóneo y capacitado al área con la experiencia necesaria; o posteriormente realizar la preparación y capacitación a la persona encargada de SST, para poder llevar a cabalidad los seguimientos y monitoreos que se realizan frente a las gestiones realizadas, en apoyo con la ARL de la entidad. 4.Realizar un seguimiento continuo a los resultados alcanzados para reporte en cada uno de los indicadores; y revisar cada indicador con planeación la ficha técnica para evaluación y reporte de periodicidad en la próxima vigencia 2026.
GTH-RG2 Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanción del ente regulador o demanda de los funcionarios o exfuncionarios, debido a inconsistencias en la nómina o pago extemporáneo de los asuntos relacionados con esta. (Incidencia Fiscal)	* Talento humano - CR: Inconsistencias o pago extemporáneo de la nómina * Tecnología - CI: Ausencia de herramientas tecnológicas que reduzcan el error humano	* El coordinador del grupo, mensualmente convoca al equipo de trabajo a reunión para socializar la nómina antes de la presentación ante el Ordenador del Gasto, con el fin de contar con la validación de la aplicación * La persona encargada de la nómina, mensualmente protege mediante clave el archivo que contiene la liquidación de la nómina y lo carga en el Teams del Grupo de Recursos Humanos, con el fin de salvaguardar * La persona encargada de la nómina, mensualmente con el propósito de generar los pagos a los funcionarios acorde con su asignación salarial y las novedades allegadas durante las fechas previstas	1/1/2025	31/12/2025	Después de revisada la información reportada de los indicadores en competencia a nomina no reporta ninguna falencia, se viene efectuando el cumplimiento de los indicadores relacionados con el 100% de la meta, se viene cumpliendo con los pagos y montos de nómina de acuerdo con el cronograma anual establecido. En términos generales se recomienda continuar con los seguimiento y controles establecidos al mismo, asignando los roles necesarios de contraseñas y bases de datos de la nómina de los funcionarios para su uso a la persona competente que estime el jefe de Talento Humano, continuar con uso de herramientas tecnológicas para evitar errores presupuestales, y así ocasionar inconvenientes jurídicos y reputacionales por parte de los funcionarios.
GTH-RG3 Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento de los objetivos institucionales debido a la fuga de conocimiento relacionadas con las desvinculaciones o reubicaciones de personal	* Procesos - La fuga del conocimiento del personal que no superó la etapa del concurso de carrera administrativa o que se retiró voluntariamente y/o alta rotación de personal en todos los niveles, lo que afecta la curva de aprendizaje, el avance de la gestión y el logro * Procesos - Deficiencia en la implementación de la política de gestión del conocimiento y la innovación, por carencia de personal. (MIPG / FURAG)	* El coordinador del grupo anualmente solicita entre las necesidades de contratación del área, la contratación de personal de prestación de servicios para ejecutar obligaciones relacionadas con la Política de gestión del conocimiento. * El profesional encargado de situaciones administrativas, mensualmente informa al profesional encargado de la política de gestión del conocimiento, las novedades presentadas para que este valide si se dio cumplimiento a lo indicado * El coordinador del grupo ante los retiros o reubicaciones de personal, antes de firmar el acta de entrega de puesto de trabajo, valida cada vez que se presente, que los servidores diligencien el Formato de mitigación de fuga	1/1/2025	31/12/2025	1. Durante la vigencia del 2025 se evidencia que el proceso de contratación de prestación de servicios se manejó de acuerdo con presupuesto aprobado por el ordenador del gasto, ya que se cuenta con una planta de personal de carrera administrativa y provisionales baja, que no logra cubrir los requerimientos necesario para el cumplimiento de los objetivos misionales y administrativos de la entidad; se observa que se logra cubrir a cabalidad los compromisos pactados con los funcionarios en la obligación del desempeño, desempeñado en sus puestos de trabajo. 2.El nivel de rotación de personal se evaluó a un 100% quiere decir que disminuyo de gran manera la reubicación o salida de personal para el periodo del 2025, lo cual es favorable para la entidad ya que el nivel de productividad de los funcionarios aumenta por el conocimiento manejado en cada uno de sus puestos asignados, así mismo se está llevando los controles necesarios para el personal en el momento de reubicación referente a la gestión administrativa con la información sensible que se maneja en algunos puestos de trabajo. 3.Se recomienda para la vigencia del 2026, realizar un estudio de ubicación de cada funcionario en las diferentes áreas, y si se realizan reubicaciones realizarlo de manera

					equitativa y que se haga de manera congruente a sus conocimientos y preparación académica, esto con el fin de alcanzar un mejor desempeño en las actividades que se realizan por cada funcionario y lograr alcanzar los objetivos propuesto por la entidad.
--	--	--	--	--	---

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Para la vigencia 2026 se recomienda revisar los indicadores que actualmente lleva el proceso, con el fin de que se identifiquen otros aspectos a evaluar y tiempos de reporte de periodicidad, para permitir mejorar la gestión y resultados de este, esto en atención a que, revisados los resultados, son aspectos que podrían ya llevarse en un tablero de control e identificar otros aspectos a evaluar.

Desde la oficina de Control Interno se recomienda tener en cuenta el seguimiento a cada uno de los indicadores para que se realicen en los términos establecidos por la oficina de planeación, aunque se evidencien que la mayoría de indicadores se está cumpliendo al 100% mostrando un alto nivel de cumplimiento con responsabilidad y eficiencia, es fundamental realizar seguimiento y monitoreos a los indicadores con un valor deficiente, esto con el fin de mitigar los riesgos y garantizar el óptimo funcionamiento de los resultados aportados para que se realicen de manera oportuna y veraz.

Se recomienda realizar con acompañamiento de la oficina de planeación, revisar los indicadores y fichas técnicas de cada uno de los procesos para que los reportes se puedan realizar de manera diligente y revisar los resultados aportados de la formula con las variables evaluadas para así evitar resultados deficientes a los procesos que se vienen realizando.

8. Firmas:

	
CLARA LUCIA DAZA REY	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION DOCUMENTAL
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Mejorar el desempeño de la gestión institucional a nivel del desarrollando humano, tecnológico y físico, fortaleciendo la prestación de nuestros servicios (estratégicos) Objetivo del proceso: Determinar políticas, lineamientos, procedimientos, instructivos, planes y programas específicos para la normalización de la Gestión Documental en la Entidad, así como la verificación y seguimiento de la aplicación de los mismos, con el fin de proteger el patrimonio documental, facilitar su uso y disposición, alineándose con los objetivos estratégicos en busca de la eficiencia y transparencia administrativa.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
INDICADORES DE GESTION TRANSFERENCIAS PRIMARIAS valor: 100 (%) Numero de Transferencias primarias realizadas Número de Transferencias primarias programadas 1. Ausencia de un seguimiento periódico por parte del área responsable del proceso de Gestión Documental. 2. Falta de recordatorios formales y oportunos a las dependencias sobre los plazos establecidos para realizar las transferencias primarias. 3.Bajo nivel de apropiación y conocimiento de la normativa archivística por parte de algunas áreas de la entidad. 4.Priorización de otras actividades misionales sobre las obligaciones archivísticas.	100%	Observaciones OCI: Tras analizar el comportamiento del indicador durante la vigencia, se evidencia que la gestión documental ha sido atendida de manera oportuna. Sin embargo, se recomienda validar la pertinencia del indicador y evaluar la posibilidad de convertir este seguimiento en un mecanismo de control, en lugar de mantenerlo como indicador, considerando los resultados obtenidos. Adicionalmente, se sugiere revisar otros aspectos del proceso que puedan ser objeto de evaluación, con el propósito de fortalecer la gestión y garantizar una documentación más completa y eficiente.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se evidenció el cumplimiento del 100% durante la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición del siguiente indicador: Indicador 1: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia se observa que no se identificó o no se presentó afectación en las actividades realizadas y por consiguiente el nivel de cumplimiento fue del 100%. Ahora bien, en atención a los resultados se recomienda validar la necesidad de establecer otro indicador, que pudiera establecer un control que permita detectar las falencias del proceso. Se evidencia un cumplimiento aceptable en la escala de cumplimiento del 67% al índice de efectividad en la vigencia 2025, debido a los diferentes inconvenientes que se presentaron para la realización de las transferencias por los demás procesos de la Entidad. Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia, se observa que el mismo cumplió con las variables establecidas en el mismo generando así un cumplimiento del 100% Se recomienda mantener las estrategias implementadas y continuar con el monitoreo constante para asegurar resultados similares en con los procesos pendientes en el segundo semestre de la vigencia.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.

Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:

Riesgo	Causas	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GDO-RG1 Posibilidad de pérdida reputacional por hallazgos de entes de control y de auditoría debido al incumplimiento de los procedimientos internos y normatividad vigente relacionados con la radicación y distribución de los documentos.	* Procesos - CR: La entrega no oportuna de los documentos físicos por falta de personal suficiente (1 persona recibe y entrega) * Procesos - CI: Posible falla del gestor documental	C1: El personal asignado a la ventanilla única de correspondencia cada vez que ingresa una solicitud, con el fin de tener control de la documentación, asigna número de radicado generando sticker y direcciona a la dependencia correspondiente para su gestión a través del gestor documental C2: El Coordinador de grupo cada vez que se presenta una falla en el gestor documental analiza la urgencia con la que se requiere activar medidas de contingencia en la gestión del proceso archivístico.	1/1/2025	31/12/2025	C1: Se evidencia monitoreo por parte del proceso, sin embargo, no se evidencia la remisión de la evidencia, la cual es la consolidación trimestral de planillas de distribución de radicados. C2: Se evidencia monitoreo por parte del proceso. No se evidencia reporte del insumo de ejecución del control el cual es el memorando con planilla de notificación adjunta. Se recomienda el reporte de la evidencia o el rediseño del control
GDO-RG2 Posibilidad de pérdida reputacional por la inadecuada administración, custodia y preservación de la información debido a la inapropiada aplicación de los procesos archivísticos y lineamientos para la administración documental.	* Procesos - CR: Falta de conocimiento de la entidad en la normatividad archivística * Procesos - CI: debido el incumplimiento en la ejecución del plan de mejoramiento archivístico	C1: El coordinador de grupo realiza seguimiento semestral a la ejecución de las capacitaciones. En caso de evidenciar procesos que no han recibido la capacitación, se realiza la socialización. C2: El profesional asignado revisa semestralmente seguimiento al Plan de Mejoramiento Archivístico registrando los avances realizados para subsanar los hallazgos encontrados por el AGN.	1/1/2025	31/12/2025	C1: Se reitera al proceso que la evidencia a reportar es el informe semestral con los resultados de las capacitaciones, sin embargo, reportaron el acta de capacitaciones realizadas en el mes de marzo. Se insta a la remisión del informe durante el próximo monitoreo es semestral. C2: Se insta al proceso a reportar a través de SVE la evidencia correspondiente, el cual es el memorando semestral de seguimiento al PINAR. Se recomienda para el próximo monitoreo remitir los respectivos memorandos, ya que para la fecha el control se encuentra en estado ineffectividad.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Desde la Tercera Línea de Defensa se recomienda revisar el indicador que actualmente lleva el proceso, con el fin de que se identifiquen otros aspectos a evaluar y que permitan mejorar la gestión de este, esto en atención a que, revisados los resultados, son aspectos que podrían ya llevarse en un tablero de control e identificar otros aspectos a evaluar.

Reiterando las recomendaciones emitidas a través de los Informes de Evaluación y Seguimiento se insta al Proceso a reportar las evidencias documentales, ya que durante las frecuencias de monitoreo se evidenció ausencia o no consistencia en la documentación reportada.

8. Firmas:

	
LYDA ROCIO GOMEZ HERNANDEZ	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS ESPECIALES
Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Se encuentra en construcción por parte de planeación, teniendo en cuenta que está asociado a planeación estratégica	
Objetivo del proceso: Implementar un Sistema de Compliance adoptando el esquema de supervisión basada en riesgos a través del conocimiento de las dinámicas del sector y la identificación de la exposición de riesgos más relevantes de acuerdo con la segmentación empresarial, mediante el procesamiento (recolección y análisis) de datos haciendo seguimiento periódico a fin de alinear las políticas sectoriales con las directrices sobre LA/FT/FP y PTEE.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
En la herramienta Suite Visión Empresarial no se evidencian indicadores formulados para el proceso Gestión Integral de Riesgos Especiales.	N/A	Observaciones OCI: No se evidencian indicadores formulados para el proceso Gestión Integral de Riesgos Especiales, toda vez que se trata de un proceso de reciente creación, formalizado mediante Acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño de fecha 14 de abril de 2025. En consecuencia, a la fecha de la evaluación, el proceso se encuentra en etapa inicial de implementación, razón por la cual aún no cuenta con indicadores definidos que permitan medir su desempeño, resultados y efectividad, considerando su alcance orientado a la emisión de lineamientos relacionados con LA/FT/FP y PTEE, la generación y procesamiento de información, así como la identificación, control y mitigación de riesgos y la generación de alertas tempranas en el sector de vigilancia y seguridad privada.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se recomienda formular e implementar indicadores de gestión y resultado acordes con el alcance del proceso Gestión Integral de Riesgos Especiales, que permitan medir la emisión de lineamientos, la gestión de la información y la efectividad en la identificación, control y mitigación de riesgos, con el fin de fortalecer el seguimiento, la toma de decisiones y la mejora continua del proceso. Y dar celeridad a su ejecución teniendo como premisa que fue llevado a aprobación desde el mes de abril sin que se hayan surtido las acciones oportunas frente a la consolidación y conformación de este proceso.
Indicador 1: N/A
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
En la herramienta Suite Visión Empresarial no se evidencian riesgos de gestión ni de corrupción formulados para el	No existe	No existe	N/A	N/A	No se evidencian formulados riesgos de gestión ni de corrupción para el proceso Gestión Integral de Riesgos Especiales, en atención a que es un proceso de reciente creación y se encuentra en etapa inicial de implementación.



proceso Gestión Integral de Riesgos Especiales					
--	--	--	--	--	--

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.	
Se recomienda que, para la vigencia 2026, el proceso Gestión Integral de Riesgos Especiales formule, documente y registre oportunamente los riesgos de gestión y de corrupción, con sus respectivos controles y acciones de tratamiento, a fin de fortalecer el Sistema de Control Interno, anticipar eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos del proceso y contribuir a la prevención, mitigación y control de riesgos institucionales. Dar celeridad a la estructuración de los riesgos y su transversalidad frente a los demás procesos como los misionales.	
8. Firmas:	
	
YULIET ANGÉLICA SÁNCHEZ POSADA	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa OCI	Jefe Oficina de Control Interno



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION JURIDICA
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: No se encuentra directamente relacionado con la estrategia Objetivo del proceso: Asesorar jurídicamente a las diferentes áreas de la Entidad, Usuarios y Grupos de Interés, orientando todas aquellas actuaciones administrativas y lineamientos jurídicos que se emitan en defensa de los intereses, derechos y debido proceso administrativo que rigen al sector de la vigilancia y seguridad privada.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
ATENCION DE LOS RECURSOS DE REPOSICION Y APELACION ((No. de recursos de reposición y apelación atendidos en el periodo) /No. de solicitudes del periodo + No. de solicitudes pendientes del periodo anterior) *100	24.19%	Observaciones OCI: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia, se observa que durante los dos primeros trimestres se realizó la gestión alcanzando un porcentaje de cumplimiento en el primer trimestre del 57.09% y en el segundo trimestre se alcanzó la meta proyectada del 100% en avance de las respuestas de recursos de reposición y apelación a los vigilados; para el tercer y cuarto trimestre el resultado es muy deficiente decayendo al 24.19% en el último trimestre; no se ha atendido oportunamente en el último semestre la defensa jurídica por parte de la entidad, ocasionando respuesta como silencio administrativo positivo desestimando las decisiones sancionatorias de la entidad frente a la falta de los vigilados; aunque es de conocimiento que desde marzo del 2025 la entidad se encuentra sin gestor documental y esto ocasiona retrasos para respuesta de los recursos por falta de material documental, pero se debe dar alcance dentro de los términos de ley. Se recomienda desde la oficina de control interno capacitar al personal de profesionales asignados a la oficina jurídica, de igual manera que en el momento de la contratación el personal este suficientemente capacitado para dar alcance a estos requerimientos evitando que la falta de gestión por parte de esta oficina se vea inverso un desacato por parte de la entidad. También se recomienda que se continúe actualizando la información pertinente en la base de datos y que se lleve un archivo digital de los expedientes gestionados formando un repositorio para futuras avances a profesionales que ingresen a la oficina jurídica y tengan acceso a los expedientes. Se invita a continuar realizando los reportes periódicos para la vigencia 2026.
DEFENSA JUDICIAL (Número de casos llevados a comité en el periodo / Total de solicitudes de conciliación pendientes por atender al inicio del periodo) * 100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia que para el primer trimestre del 2025 no se realizó ningún reporte del indicador , para el segundo trimestre se recibió un porcentaje favorable del 62.50% de lo esperado y ya para el tercer y cuarto trimestre se alcanzó el 100% de la meta del indicador, se esperaría continuar con el cumplimiento de las metas de indicadores para el periodo 2026 y reportar en las fechas programadas
CARTERA RECAUDADA (Valor acumulado de la cartera recuperada/Valor total acumulado de la cartera) * 100	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte de los indicadores del primer, segundo y cuarto trimestre, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo del 2026.
FALLOS A FAVOR DE LA ENTIDAD (No de procesos en contra de la entidad terminados con fallo favorable durante el semestre/No total de procesos terminados durante el semestre) *100	100%	Observaciones OCI: e evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas en el reporte de los indicadores en los dos semestres, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades para el periodo del 2026.

--	--	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:		
6.1. Indicadores.		
Se evidenció el cumplimiento del 81.04% de las metas programada para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:		
Indicador 1: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia se observa que no se está gestionando el cumplimiento de las respuestas y alcances a los recursos de reposición en primera y segunda instancia como se espera, presentando afectación por daño antijurídico a las actuaciones realizadas. Ahora bien, en atención a los resultados se recomienda validar la necesidad de capacitación al personal de profesionales y asignación de estos al grupo de jurídica.		
Indicador 2: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia, se observa que el mismo cumplió con las variables establecidas en el mismo generando así un cumplimiento del 100%		
Indicador 3: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia, se observa que el mismo cumplió con las variables establecidas en el mismo generando así un cumplimiento del 100%.		
Indicador 4: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia, se observa que el mismo cumplió con las variables establecidas en el mismo generando así un cumplimiento del 100%.		
Evidencias: Plataforma SVE		
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GJU-RG1 Posibilidad de afectación económica por la prescripción de la obligación de las empresas vigiladas, debido a la insuficiencia de recurso humano para adelantar los procesos y la dificultad para ubicar los bienes en cabeza del deudor. (Incidencia fiscal)	* Procesos - CR: Insuficiencia del recurso humano en los procesos que dificulta el suministro oportuno de información a la Oficina Asesora Jurídica * Procesos - CI: Falta de convenios o acuerdos con otras entidades que permitan identificar los bienes muebles e inmuebles en cabeza del deudor	* El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica mediante el convenio actualmente vigente con la Ventanilla Única de Registro - VUR de la Superintendencia de Notariado y Registro, consulta mínimo semestralmente * El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica identifica semestralmente la necesidad de enviar memorando a los abogados sustanciadores de cobro coactivo, solicitando se realicen impulsos procesales a los procesos próximos a prescribir * El profesional asignado realiza semestralmente la calificación de cartera por edades de acuerdo a la política contable y/o manual de cartera, con el fin de identificar la necesidad de convocar al Comité de Cartera.	1/1/2025	31/12/2025	Para no materializar el riesgo administrativo se debe continuar con la contratación de personal de profesionales idóneos para la gestión de recaudo o posteriormente solicitar su capacitación en la materia; realizando los seguimientos y búsquedas pertinentes para cobro del deudor reduciendo el riesgo económico a la entidad que pueda afectar la no gestión de los procesos por parte de la Oficina Jurídica.
GJU-RG2 Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones	* Procesos - CR: Los procesos responden extemporáneamente las PQRSD y los trámites, generando que	* El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica consolida semanalmente informe general del área, que contiene el panorama de las acciones	1/1/2025	31/12/2025	Referente a la causa planteada es responsabilidad de la Oficina Jurídica garantizar la respuesta en tiempos de ley de los actos legales, litigios frente a los intereses de la entidad, prevención del daño antijurídico y la correcta

por entidades de control o autoridades judiciales o administrativas, debido a la inobservancia de los términos procesales por falta de información, entrega parcial y/o defectuosa, remitida por las áreas a quien correspondía resolver un trámite o PQRS.	en la Oficina Jurídica se incrementen las acciones constitucionales y/o silencios administrativos.	constitucionales en proceso. * El Profesional asignado por el Jefe Jurídico, asigna diariamente mediante correo electrónico al abogado sustanciador las acciones constitucionales a resolver y realiza seguimiento a su cumplimiento. * El Profesional asignado elabora mensualmente informe estadístico de las acciones constitucionales que indique los procesos de los que se requirió el insumo para dar respuesta			aplicación de la normativa, con transparencia y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Se recomienda frente a este riesgo continuar con la priorización de las respuestas que se pueda generar caducidad o silencio administrativo positivo, de la misma manera seguimiento continuo a la respuesta de las PQRS que pueda derechos de petición o tutela por falta de gestión. El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país
GJU-RG3 Posibilidad de afectación económica y reputacional por la caducidad de la facultad sancionatoria, debido a que los recursos de apelación se reciben a pocos días de su vencimiento.	* Procesos - CR: Recepción de procesos sancionatorios próximos a caducar remitidos por parte del proceso Gestión del Servicio * Procesos - CI: Recurso humano escaso / insuficiente y/o alta rotación, sumado al alto volumen de solicitudes recibidas. * Tecnología - Limitaciones del Gestor Documental para contar con la información completa de los procesos sancionatorios y debilidad en los controles respecto a los roles y permisos de acceso de los servidores y contratistas a la herramienta tecnológica	* El líder del proceso, asigna mediante el gestor documental al abogado sustanciador los recursos a resolver y éste debe verificar que la entidad se encuentre dentro de términos para resolver los recursos de ley, y así verificar la competencia de la entidad para ejercer la facultad sancionatoria, posteriormente se debe dar inicio al estudio y proyección del caso. En caso de evidenciar que el recurso no es competencia del área, se realiza la devolución al Grupo de Atención al Usuario. * El Coordinador de grupo o quien haga sus veces, verifica semestralmente que los accesos y permisos en el gestor documental concedidos a los profesionales del grupo están acordes a su labor. * El profesional asignado revisa para cada proceso sancionatorio la información cargada en el gestor documental con el fin de emitir respuesta de fondo. * El profesional del grupo de recursos verifica mensualmente los términos de caducidad de los procesos a su cargo y los tiempos de notificación	1/1/2025	31/12/2025	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. Frente a la causa relacionada verificar continuamente con el grupo de sanciones, los alcances que se han realizado en primera instancia frente a los recursos presentados en la entidad, para poder controlar tiempos de respuesta en segunda instancia y así evitar que se materialice el riesgo por negligencia de la entidad.
GJU-RG4 Posibilidad de afectación económica y reputacional por multa y sanción del ente regulador, debido a pagos por sentencias judiciales a favor	* Procesos - CR: Falta de personal suficiente e idóneo dentro del área de defensa Judicial * Procesos - CI: Debilidad en el seguimiento a las bases de datos * Procesos - CI: Desconocimiento de	* El jefe jurídico (secretario(a) técnico(a) asignado(a)) convoca al comité de conciliación cada vez que se requiera, con el fin de que los invitados especiales den a conocer los procesos relacionados * El jefe de la Oficina Asesora Jurídica, designa el personal idóneo y señala la división de acciones	1/1/2025	31/12/2025	En observación de la Oficina de Control Interno, la Oficina Jurídica es quien apoya la gestión misional de la entidad, y vela por la defensa del patrimonio y los intereses de la misma, el nivel reputacional se afecta por la no gestión de respuesta de requerimientos jurídicos de la entidad; se debe acordar con las diferentes áreas de la misionalidad los procesos que se encuentran pendientes y no dejar que opere silencios administrativos o procesos legales en contra de la entidad por no respuesta a los requerimientos.

del demandante o se genere responsabilidad fiscal en contra del servidor público.	las áreas, en el impacto del no cumplimiento de las órdenes Judiciales.	dentro de la gestión de la representación Judicial, incluyendo cargas administrativas o asistenciales, * La persona designada por el jefe de la Oficina Asesora Jurídica, realiza seguimiento mensual a la base de datos de Defensa Judicial, con el objetivo de verificar la oportunidad en las actuaciones administrativas.			Se debe verificar con el ordenador del gasto la necesidad del personal capacitado e idóneo para avance de requerimientos jurídicos y asistenciales.
---	---	--	--	--	---

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Para la vigencia 2026 se recomienda revisar los indicadores que actualmente lleva el proceso, con el fin de que se identifiquen otros aspectos a evaluar y que permitan mejorar la gestión del mismo, esto en atención a que, revisados los resultados, son aspectos que podrían ya llevarse en un tablero de control e identificar otros aspectos a evaluar.

Se recomienda tener en cuenta para evitar que se materialice el riesgo los seguimientos continuos a las bases de datos referente a las respuestas de vigilados y respuestas en segunda instancia de recursos de reposición y apelación, si aplica; evitando que operen silencio administrativo positivo a favor del vigilado afectando los intereses y patrimonio de la entidad; en el resto de evaluación de los indicadores continuar los reportes y seguimientos para la vigencia 2026.

8. Firmas:

	
CLARA LUCIA DAZA REY	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION DE PROCESO DISCIPLINARIOS
Objetivo Estratégico 3. Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia. Objetivo del proceso: Determinar la relevancia disciplinaria de los hechos objeto de queja, informe o iniciación oficiosa y la posible responsabilidad de los servidores y ex servidores públicos de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, en el ejercicio de sus funciones, de acuerdo con lo señalado en la Ley. Adelantar la etapa de instrucción y, una vez finalizada esta, evaluar si se cumple con los requisitos para citación a audiencia y formulación de cargos o, por el contrario, el archivo de la investigación, según corresponda.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
ATENCION DE PROCESOS DISCIPLINARIOS_25 (Total de actuaciones procesales firmadas / Total de procesos disciplinarios activos) * 100	100%	Observaciones OCI: Revisando la información almacenada para el 2025 se cumple el indicador con un valor del 100% en el último trimestre, después de analizar el avance de los dos primeros trimestres del año se evidencia que se tienen cifras muy desfavorables, ya que conforme a al porcentaje relacionado se indica que no se firmaron las actuaciones administrativas esperadas; en el tercer trimestre sube gradualmente con un valor del 15.73 cuando se esperaba un valor de 20. Revisada la ficha técnica del indicador relacionado (FICHA INDICADOR ATENCION DE PROCESOS DISCIPLINARIOS v1) hace referencia a la evaluación de la cantidad firmada de actuaciones procesales dentro del proceso disciplinario. De acuerdo con lo indicado con la dependencia informa el Coordinador de grupo que se ocasionó un represamiento de actos administrativos para firma por impedimento de competencia por parte del Secretario General ya que no ostentaba título de Abogado en su momento; cuando se realizó cambio de administración en la entidad se descongestionó la firma de actos administrativos activos, razón por la cual se cumple el 100% de la meta en el último trimestre. Se recomienda realizar seguimiento de los actos administrativos a los expedientes que se van avanzando de manera cronológica, es decir desde el más antiguo, para realizar decisión de fondo y cerrar el expediente, evitando así pérdida de facultad sancionatoria, también se recomienda continuar con los reportes periódicos y continuar con el seguimiento de las actividades para el periodo 2026.

ATENCION DE PROCESOS DISCIPLINARIOS (Total de actuaciones procesales firmadas / Total de procesos disciplinarios activos) * 100	100%	Observaciones OCI: Revisando la información almacenada para el 2025 se cumple el indicador con un valor del 100% en el último trimestre, analizando el reporte que se realizó hasta el mes de mayo se evidencia que se tienen cifras muy desfavorables, ya que indica que no se firmaron las actuaciones administrativas esperadas; en el último trimestre sube al 100% que era la meta programada. Revisada la ficha técnica del indicador relacionado (FICHA INDICADOR ATENCION DE LOS PROCESOS DISCIPLINARIOS V2) hace referencia a la evaluación de la cantidad firmada de actuaciones con decisión de fondo dentro del proceso disciplinario, esto para hacer aclaración al indicador anterior con evaluaciones similares. Se informa por el Coordinador de grupo que se ocasiono un represamiento de actos administrativos para firma por impedimento de competencia por parte del Secretario General ya que no ostentaba título de Abogado en su momento; cuando se realizó cambio de administración se realizó la firma de actos administrativos activos, razón por la cual se cumple el 100% de la meta en el último trimestre. Se recomienda realizar seguimiento de los actos administrativos a los expedientes que se van avanzando de manera cronológica, es decir del más antiguo para realizar decisión de fondo y cerrar el expediente, evitando así perdida de facultad sancionatoria, también se recomienda continuar con los reportes periódicos y continuar con el seguimiento de las actividades para el periodo 2026.
CANTIDAD DE PROCESOS IMPULSADO POR PROFESIONALES Total de procesos disciplinarios con decisión de fondo firmada / Número de profesionales dedicados a la sustanciación de los procesos	43.43%	Observaciones OCI: El resultado del indicador cuenta con un valor muy desfavorable , los reportes que se están realizando trimestrales demuestran que no se ha cumplido el objetivo de la meta, en el segundo y tercer trimestre tiene una cifra muy baja; de acuerdo a los comentarios revisados en la suite vision almacenado, se analiza que la formula planteada no entrega el resultado que se quiere alcanzar, ya que manifestado por el Coordinador de grupo se quiere evaluar la productividad de cada sustanciador, se realizo la solicitud a la oficina de planeación para revision de la ficha técnica, y formula de resultado ya que la tendencia planteada no ajusta a los resultados esperados, y se están evaluando datos inconclusos. Como control interno realizamos la evaluación de los datos almacenados en el sistema, revisados y ajustados en la segunda línea por planeación; recomendamos que el Coordinador del grupo gestione con planeación para realizar los ajustes correspondientes a la ficha técnica y poder evaluar las variables correctamente, arrojando datos que sean medibles en la dependencia, también se recomienda realizar un estudio y revalorización al indicador para su reporte periódico trimestral o semestral estudiado con la oficina de planeación para el periodo del 2026.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se evidenció el cumplimiento del 81.14% para las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:
Indicador 1: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia se observa que se cumple el 100% de la meta en el último trimestre, por el represamiento de actos administrativos que no se firmaron por falta de profesional encargado para ella en los tres primeros trimestres.
Indicador 2: Revisando el comportamiento del indicador durante la vigencia se observa que se cumple el 100% de la meta en el último trimestre, por el represamiento de actos administrativos que no se firmaron por falta de profesional encargado para ella en los tres primeros trimestres
Indicador 3: Con la información almacenada y revisada en este indicador se evalúan los datos reportados, teniendo en cuenta que se solicitó por parte del Coordinador a planeación revision de ficha técnica y revalorización del indicador para poder evaluar efectivamente las variables analizadas.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.

Los riesgos de gestión descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GD-RG1 Posibilidad de pérdida reputacional por prescripción de la acción disciplinaria debido a acumulación de procesos por el elevado número de resoluciones de caducidad de la facultad sancionatoria.	* Procesos - CR: Personal insuficiente para dar respuesta al alto volumen de proceso disciplinarios relacionados con la caducidad (Delegada para el Control) o alta rotación de personal; falta de respuesta y de oportunidad a las solicitudes de pruebas remitidas a otras * Procesos - CI: Altos periodos de encargo que generar demoras en los impulsos de los procesos disciplinarios	* El profesional del área, semanalmente realiza reporte de los impulsos procesales proyectados dando prioridad a los procesos más próximos a prescribir, con el fin de registrar el avance y evitar la materialización del riesgo. * El Coordinador del Grupo realiza seguimiento mensual, con el propósito de validar que los profesionales: (1) formalicen la terminación y archivo de los procesos y (2) realicen las actuaciones tendientes a disminuir el riesgo de prescripción.	1/1/2025	31/12/2025	Frente a la causa determinada se recomienda realizar seguimiento a los procesos más antiguos y dar avance por parte de los profesionales, hasta decisión de fondo (archivo, sanción), evitando así pérdida de la facultad sancionatoria. Se recomienda realizar actualización a las bases de datos de la dependencia para continuar con los procesos como se vienen realizando y evitar que los procesos se prescriban. Es de conocimiento de la Administración General, la falta de personal para poder dar avance a los procesos que se encuentran represados; se recomienda continuar con la solicitud de personal a la administración, para poder gestionar los procesos pendientes y evitar pérdida de facultad sancionatoria por gestión o seguimiento de estos.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Para la vigencia 2026 se recomienda revisar los indicadores que actualmente lleva el proceso, con el fin de que se identifiquen otros aspectos a evaluar y que permitan mejorar la gestión del mismo, esto en atención a que, revisados los resultados, son aspectos que podrían ya llevarse en un tablero de control e identificar otros aspectos a evaluar.

Se recomienda tener en cuenta en mitigar el riesgo de gestión realizando seguimiento de los actos administrativos para firma y cierre de proceso (archivo, sanción, caducidad), dar avance a los procesos más antiguos evitando la pérdida de la facultad por parte de la entidad; también se recomienda con la oficina de planeación revalorización del tercer indicador y ficha técnica para poder verificar la evaluación de indicador de productividad por profesional.

8. Firmas:

	
CLARA LUCIA DAZA REY	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa Oficina de Control Interno	Jefe Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION ADMINISTRATIVA
2. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: # 2. Mejorar el desempeño de la gestión institucional a nivel del desarrollo humano, tecnológico y físico, fortaleciendo la misionalidad de la entidad Objetivo del proceso: Planear adecuadamente la administración, el control, racionalización, conservación, aseguramiento y suministro oportuno de los bienes de consumo y devolutivos (Papelería, Muebles, enseres, elementos de oficina) y servicios necesarios, siguiendo lineamientos de austeridad, gestión financiera y del sistema de gestión ambiental y lo relacionado con el Plan Estratégico de Seguridad Vial.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
IG_GAD_SGA_IND01 Disposición final RESPEL Medir la generación media de residuos peligrosos menor a 10kg/mes	1K	Observaciones OCI: El indicador de gestión de residuos posconsumo y peligrosos presenta un seguimiento definido para el periodo comprendido entre enero y junio de 2025, evidenciando control sobre las actividades de recolección, transporte y disposición final. No obstante, el corte del indicador se encuentra limitado a junio, debido a la ausencia de información consolidada y a la no disponibilidad del ingeniero ambiental responsable del cargue y validación de los datos. La principal dificultad identificada reportada por el proceso al corte evaluado corresponde a la obtención de los certificados de disposición final, dado que las empresas encargadas de la gestión y disposición de los residuos no han contestado oportunamente a las solicitudes realizadas por correo electrónico. Esta situación ha retrasado la consolidación de los soportes requeridos para verificar el cumplimiento normativo, afectando la trazabilidad y la confiabilidad del indicador. La dependencia de un único canal de comunicación y de un solo responsable técnico incrementa el riesgo de rezagos en la gestión y en el reporte oportuno de la información. Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación del indicador: Definir y formalizar canales alternativos de comunicación con los gestores de residuos (llamadas telefónicas, comunicaciones oficiales, cronogramas de entrega), que permitan asegurar la obtención oportuna de los certificados de disposición final. Establecer en los contratos o acuerdos con los gestores de residuos la obligatoriedad de la entrega periódica de los certificados, definiendo plazos y responsables claros. Implementar un repositorio centralizado de soportes documentales que permita la trazabilidad y consolidación de la información, independientemente de la disponibilidad de un solo funcionario. Designar un responsable alterno o esquema de contingencia para la consolidación y cargue de la información ambiental, mientras se restablece la función del ingeniero ambiental.

		Ajustar el indicador y su periodicidad de medición, dejando explícito el alcance del corte a junio de 2025 y las limitaciones operativas, con el fin de garantizar la transparencia y correcta interpretación de los resultados.
IG_GAD_SGA_IND06_Consumo de papel (Papel consumidos durante el trimestre/ (% en decimal del personal en modalidad presencial*Cantidad de personal de contratistas y funcionarios))	100%	Observaciones OCI: A pesar del cumplimiento de la meta, no se identifica un análisis cualitativo que permita relacionar el comportamiento del indicador con acciones concretas de austeridad del gasto ni con directrices orientadas a la reducción progresiva del consumo de papelería. La ausencia de este análisis limita el uso del indicador como herramienta para la toma de decisiones, especialmente en lo relacionado con la eficiencia en el uso de recursos y el impacto ambiental. Adicionalmente, se observa que el indicador se sustenta únicamente en datos de consumo, sin evidenciar un seguimiento diferenciado por áreas, causas específicas del incremento ni acciones correctivas orientadas a prevenir desviaciones futuras, lo cual debilita su aporte a la gestión institucional y a las políticas de sostenibilidad. Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación del indicador Fortalecer el análisis del indicador incorporando un enfoque de austeridad del gasto, que permita identificar oportunidades de reducción del consumo de papel, aun cuando la meta trimestral sea cumplida. Complementar el análisis cuantitativo con un análisis cualitativo que explique las variaciones del consumo, diferenciando factores como ingreso de personal, procesos críticos y dependencias con mayor demanda de impresiones. Implementar acciones progresivas de reducción del consumo de papel, tales como metas de disminución gradual por trimestre, alineadas con las políticas de sostenibilidad institucional. Fortalecer la estrategia de gestión documental digital, promoviendo el uso de herramientas electrónicas para la elaboración, revisión, aprobación y archivo de documentos. Desarrollar jornadas de sensibilización y capacitación al nuevo personal sobre el uso racional del papel, las políticas de sostenibilidad y las directrices de austeridad en el gasto. Establecer mecanismos de seguimiento por área o proceso que permitan identificar consumos atípicos y adoptar acciones preventivas oportunas.
IG_GAD_SGA_IND07 Gestión de residuos solidos	85%	Observaciones OCI: El indicador de Gestión de Residuos Sólidos se ubicó en un estado excelente, alcanzando un 85 % de aprovechamiento de los residuos generados durante el bimestre septiembre–octubre, correspondiente al aprovechamiento de 688,5 kg sobre un total de 814,12 kg de residuos generados. Este resultado evidencia la efectividad de las acciones implementadas en la separación en la fuente, la recolección selectiva y la disposición final, así como el compromiso institucional con el cumplimiento de los lineamientos ambientales y la mejora continua en la gestión de residuos. No obstante, se precisa que la entidad no cuenta con información correspondiente al último periodo de evaluación de la vigencia 2025, debido a la ausencia del ingeniero ambiental responsable del cargue, validación y consolidación de los datos. Adicionalmente, no se evidencian soportes documentales que respalden los valores consignados en el indicador, lo cual limita la trazabilidad, verificabilidad y confiabilidad de la información reportada, así como la posibilidad de validar de manera integral el desempeño de la variable durante la vigencia.

IG_GAD_SGA_IND02 _Consumo de Agua (Litros consumidos durante el trimestre/(% en decimal del personal en modalidad presencial*Cantidad de personal de contratistas y funcionarios))	580.58 LT	Observaciones OCI: El indicador de consumo de agua no cuenta con un análisis que permita interpretar su comportamiento ni evaluar su desempeño durante la vigencia, cuenta con una meta, pero no orienta su seguimiento dado que en la ficha del indicador no genera un texto o alcance del porque se tomó ese valor de meta y no otro. Se evidencia que en los diferentes trimestres se sin soportes documentales que respalden dichas cifras, lo cual limita la trazabilidad, confiabilidad y razonabilidad de la información reportada. En los términos en que actualmente se encuentra formulado y reportado, el indicador no aporta de manera efectiva a la gestión de la entidad, toda vez que no permite identificar variaciones reales en el consumo, evaluar el uso eficiente del recurso hídrico, ni definir acciones de mejora o estrategias de ahorro. La ausencia de información confiable y de criterios técnicos impide que el indicador sea utilizado como insumo para la toma de decisiones, el seguimiento a políticas de sostenibilidad o la implementación de medidas de austeridad en el gasto asociadas al consumo de agua. En consecuencia, el indicador, en su estado actual, se limita a un ejercicio de reporte sin valor agregado para la gestión institucional, por lo que requiere ser reformulado y fortalecido para cumplir con su finalidad de control, seguimiento y mejora continua.
IG_GAD_SGA_IND05_Consumo de energía (Kw consumidos durante el trimestre/ (% en decimal del personal en modalidad presencial Trimestral*Cantidad de personal de contratistas y funcionarios trimestral))	152.45 D - KW	Observaciones OCI: Se evidencia que, aunque existen datos reportados, no se presenta un análisis que permita interpretar su comportamiento ni relacionarlo con acciones orientadas a la austeridad del gasto y al uso eficiente de los recursos. La principal limitación identificada corresponde a que el suministro eléctrico del piso 3 es compartido con otras entidades, lo que impide medir de manera precisa el consumo real atribuible a la Superintendencia. Si bien el proceso estableció una meta de 127.17 kW y, de acuerdo con los datos reportados, la ausencia de mediciones diferenciadas y de soportes técnicos limita la confiabilidad del indicador. En este sentido, el cumplimiento de la meta no permite concluir de manera objetiva sobre la eficiencia energética de la entidad ni constituye un insumo efectivo para la adopción de medidas correctivas o preventivas. En los términos actuales, el indicador aporta información parcial, pero no cumple plenamente su finalidad como herramienta de control y toma de decisiones, dado que no permite identificar variaciones reales del consumo ni evaluar el impacto de posibles acciones de ahorro energético. Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación del indicador Implementar mecanismos que permitan la medición diferenciada del consumo de energía eléctrica, tales como submedidores o acuerdos con el proveedor, con el fin de identificar el consumo real de la entidad. Fortalecer el análisis del indicador, incorporando un enfoque de austeridad del gasto y eficiencia energética, que permita identificar oportunidades de reducción del consumo aun cuando la meta sea alcanzada. Establecer soportes técnicos y documentales que respalden los datos reportados, garantizando la trazabilidad y confiabilidad de la información. Definir acciones concretas de ahorro y uso eficiente de la energía, tales como campañas de sensibilización, optimización del uso de equipos eléctricos y seguimiento periódico por áreas.

		Revisar y ajustar la meta del indicador una vez se cuente con mediciones más precisas, asegurando su alineación con la realidad operativa y los objetivos de sostenibilidad institucional.
IG_GAD_IND03 _Mantenimiento de Infraestructura (Número de mantenimientos realizados durante el periodo / Total de mantenimientos programados en el periodo) *100	100%	Observaciones OCI: La determinación del indicador de mantenimiento de infraestructura se basa en la relación entre los mantenimientos programados y los mantenimientos efectivamente ejecutados durante la vigencia, cuya medición está condicionada a la suscripción del contrato de mantenimiento. Para que esta medición sea adecuada, se requiere previamente un diagnóstico técnico que permita identificar las necesidades de mantenimiento y definir un cronograma anual desde el inicio del contrato, así como el respectivo seguimiento a las actividades programadas. De acuerdo con la información reportada, durante el último trimestre se programaron tres (3) mantenimientos y se ejecutaron tres (3), reflejando un cumplimiento del 100 % del indicador. No obstante, no se evidencia un cronograma formal que permita identificar las actividades de mantenimiento realizadas, su alcance, periodicidad y que correspondan con una programación previamente definida. Asimismo, los soportes aportados se limitan a las facturas del proveedor correspondientes al último periodo, las cuales soportan la ejecución contractual, pero no constituyen evidencia suficiente del seguimiento técnico ni del cumplimiento integral del plan de mantenimiento durante la vigencia. En este sentido, si bien el indicador muestra un cumplimiento cuantitativo, su determinación se encuentra limitada por la ausencia de un diagnóstico documentado, un cronograma de mantenimiento y evidencias de seguimiento, lo que afecta la trazabilidad, verificabilidad y utilidad del indicador como herramienta para la gestión, el control y la toma de decisiones.
IG_GAD_IND04 _Mantenimiento de vehículos (Mantenimiento Realizados/Mantenimiento Programados) *100	100%	Observaciones OCI: El indicador de mantenimiento de vehículos refleja un nivel de cumplimiento conforme a lo reportado por el proceso; sin embargo, no se evidencia la existencia de un cronograma formal de mantenimiento que permita identificar la programación, periodicidad y alcance de las actividades realizadas sobre el parque automotor de la entidad. Si bien se observa un registro de mantenimiento aportado por el proveedor encargado de la prestación del servicio, dicho soporte se limita a la ejecución de actividades puntuales y no permite verificar su correspondencia con una planificación previa ni con un esquema de mantenimiento preventivo y correctivo debidamente estructurado. Adicionalmente, se identifica que ni en la ficha técnica del indicador ni como anexo se cuenta con un documento que describa las características, estado y necesidades específicas de los vehículos de la entidad. Esta ausencia limita la adecuada determinación del indicador, así como su utilidad como insumo para la planeación, el seguimiento y la toma de decisiones en materia de mantenimiento del parque automotor. En consecuencia, aunque el indicador muestra un cumplimiento cuantitativo, su aporte a la gestión institucional es limitado, al no contar con información técnica suficiente que respalde la programación, priorización y evaluación integral de las actividades de mantenimiento realizadas.
V1_IND4_GAD_2022 _Austeridad del gasto ((TOTAL GASTOS DEL PERIODO AÑO ANTERIOR - TOTAL GASTOS DEL PERIODO ACTUAL) / TOTAL GASTOS DEL PERIODO AÑO ANTERIOR) *100	54.4%	Observaciones OCI: El indicador de austeridad del gasto se encuentra formulado a partir de la variación porcentual del gasto entre dos periodos, mediante la relación: (Total gastos del periodo año anterior – Total gastos del periodo año actual) / Total gastos del periodo año anterior. Si bien esta fórmula permite identificar una disminución o incremento del gasto de manera agregada, no se evidencia un análisis que relacione el resultado del indicador con acciones puntuales de austeridad ni con decisiones de gestión orientadas a la optimización del

		gasto público. En los términos actuales, el indicador se limita a una comparación aritmética de periodos, sin identificar las causas de las variaciones, los rubros impactados ni las estrategias implementadas para la contención del gasto. Adicionalmente, no se observan acciones concretas asociadas al resultado del indicador que permitan determinar la generación de valor para la entidad, tales como medidas de eficiencia, racionalización de recursos o reasignación del gasto. Esta situación limita su utilidad como herramienta de control y seguimiento, y reduce su aporte a la toma de decisiones estratégicas en materia de austeridad y eficiencia institucional. En consecuencia, el indicador, en su estado actual, no permite evaluar de manera efectiva el impacto real de las políticas de austeridad ni constituye un insumo suficiente para demostrar mejoras en la gestión del gasto, por lo que requiere ser complementado con análisis cualitativos y acciones específicas que evidencien su contribución a la gestión institucional.
IG_GAD_IND06_Oportunidad suministro ByS (Número de pedidos suministrados durante el periodo / Total de pedidos solicitados en el periodo) *100	100%	Observaciones OCI: La entidad cuenta con un indicador de suministros que, al revisar periodos anteriores, se limita a presentar una relación por área de los montos de papelería asignados u otorgados. Si bien esta información cumple una función administrativa de registro y control básico del gasto, no se evidencia un análisis que permita evaluar la eficiencia en el uso de los suministros ni su impacto en la gestión institucional. En concordancia con lo anterior, el indicador no genera valor agregado para la entidad, toda vez que no permite identificar patrones de consumo, desviaciones relevantes, oportunidades de ahorro ni acciones de racionalización del gasto. Asimismo, no se observan metas, comparativos históricos, ni criterios que orienten la toma de decisiones en materia de austeridad, sostenibilidad o uso eficiente de los recursos. En consecuencia, el indicador se percibe más como una actividad operativa o administrativa que como una herramienta de gestión, seguimiento y mejora continua, limitando su aporte al control interno y a la evaluación del desempeño institucional.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
El análisis integral de los indicadores evaluados evidencia que, si bien la entidad cuenta con instrumentos de medición en diferentes frentes (austeridad del gasto, consumo de papel, agua y energía, suministros, gestión ambiental y mantenimiento), estos presentan debilidades comunes que limitan su aporte a la gestión institucional. En términos generales, se identifica que varios indicadores se encuentran enfocados principalmente en el reporte de datos, sin un análisis cualitativo que permita interpretar su comportamiento, identificar causas, efectos y definir acciones de mejora. Asimismo, se evidencia la ausencia de metas estructuradas, diagnósticos técnicos y criterios claros de medición, lo que reduce su utilidad como herramientas para la toma de decisiones y el seguimiento efectivo a políticas de austeridad, sostenibilidad y eficiencia en el uso de los recursos. Adicionalmente, se observan limitaciones en la trazabilidad y confiabilidad de la información, asociadas a la falta de soportes documentales, cronogramas formales, evidencias técnicas y responsables definidos para el cargue y validación de los datos. En algunos casos, los indicadores reflejan cumplimiento cuantitativo; sin embargo, dicho cumplimiento no se traduce en generación de valor ni en acciones concretas orientadas a la optimización del gasto o al fortalecimiento de la gestión institucional. En este contexto, los indicadores, en su estado actual, tienden a cumplir una función administrativa de reporte, más que un rol estratégico como insumos para el control, la mejora continua y la toma de decisiones por parte de la alta dirección. Recomendaciones que se realizan desde esta oficina para tener en cuenta en la estructuración de los indicadores de la vigencia 2026

- Fortalecer el diseño de los indicadores, asegurando que cuenten con diagnósticos previos, metas claras, variables definidas, fuentes de información confiables y criterios de medición alineados con los objetivos institucionales; Con la asesoría de la Oficina Asesora de Planeación
- Incorporar análisis cualitativos que expliquen el comportamiento de los indicadores, identifiquen causas y efectos, y orienten la definición de acciones de mejora y estrategias de optimización de recursos.
- Garantizar la trazabilidad y verificabilidad de la información mediante la estandarización de soportes documentales, cronogramas, registros técnicos y evidencias de seguimiento.
- Reorientar los indicadores hacia la generación de valor, vinculándolos de manera directa con acciones de austeridad del gasto, sostenibilidad ambiental, eficiencia operativa y mejora continua.
- Fortalecer la articulación entre los responsables de los procesos y las líneas de defensa, promoviendo el uso de los indicadores como herramientas de control preventivo y apoyo a la toma de decisiones.
- Revisar y, de ser necesario, reformular los indicadores que actualmente no aportan valor a la gestión, evitando duplicidades y priorizando aquellos que permitan medir resultados e impactos reales.

Evidencias: Plataforma SVE

Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.

Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GAD-RG1 Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones disciplinarias, afectación en el funcionamiento de la entidad, operación de los procesos y de la prestación del servicio debido a la falta de planeación y oportunidad en la adquisición de bienes y servicios.	Procesos - CR: Falta de planeación y oportunidad en la adquisición de bienes y servicios, por debilidades en la aplicación de los procedimientos internos y ausencia de seguimiento durante la ejecución de los contratos respecto a las necesidades de la entidad.	1. El Coordinador del grupo de recursos físicos y adquisiciones, trimestralmente revisa y evalúa las necesidades de bienes de consumo y reporta a la Oficina Asesora de Planeación para su inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones - PAA de acuerdo 2. El coordinador del grupo de recursos físicos y adquisiciones realiza mensualmente seguimiento y verificación de la ejecución contractual frente a las necesidades de la entidad.	1/1/2025	31/12/2025	El riesgo asociado a la pérdida económica y reputacional por fallas en la planeación y oportunidad en la adquisición de bienes y servicios se mantiene latente, debido a debilidades en la ejecución y evidencia de los controles definidos. Si bien se describen actividades de seguimiento a consumos y ejecución contractual, no se aportan soportes que permitan verificar su aplicación efectiva ni su contribución directa a la mitigación del riesgo. Adicionalmente, se evidencia una desalineación entre los controles establecidos y la estructura real de responsabilidades institucionales, dado que la administración del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) recae en la Secretaría General y su grupo contractual, lo que limita la pertinencia del control asignado al proceso de Gestión Administrativa para la vigencia 2026. Esto conforme al análisis de la segunda línea de defensa. Así mismo, los controles se enfocan principalmente en actividades de supervisión contractual y verificación de pagos, las cuales corresponden a funciones operativas, pero no abordan de manera estructural aspectos críticos del riesgo como la planeación oportuna, la racionalización del gasto ni la definición de niveles mínimos de inventario. En este sentido, el control, en su estado actual, no demuestra efectividad para prevenir sanciones, sobrecostos o afectaciones al funcionamiento institucional. Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación de los controles:

					Revisar y ajustar el diseño del riesgo y sus controles para la vigencia 2026, alineándolos con la distribución real de responsabilidades institucionales, especialmente frente a la administración y modificación del PAA. Redefinir los controles para que estén orientados a la planeación preventiva, incorporando criterios de racionalización del gasto, análisis de consumo histórico y definición de stocks mínimos de almacén. Establecer soportes formales y estandarizados que evidencien la ejecución de los controles, tales como actas, reportes periódicos, solicitudes formales de ajuste al PAA y registros de seguimiento. Diferenciar claramente las actividades de supervisión contractual de los controles de gestión del riesgo, evitando duplicidades y fortaleciendo el enfoque estratégico del control. Fortalecer la articulación entre Gestión Administrativa, Secretaría General y el grupo contractual, garantizando una planeación oportuna de bienes y servicios que minimice riesgos disciplinarios, financieros y reputacionales.
GAD-RG2 Posibilidad de afectación económica por sanciones por parte de entes de control debido a falencias en la administración de los bienes de la entidad.	Procesos - CR: Falencias en la administración de los bienes de la entidad, que llevan a pérdida o daño de los mismos. Tecnología - Debilidades o limitaciones en el funcionamiento del software de inventarios, que podría llevar a un inadecuado registro de los hechos económicos que afectan la contabilidad	1. El profesional asignado, mensualmente genera los reportes de inventarios y los concilia con el Grupo de Recursos Financieros, con el propósito de controlar los bienes de consumo y devolutivos de la entidad y de suministrar la información veraz 2. El coordinador del área de recursos físicos y adquisiciones anualmente suscribe los diferentes contratos para la adquisición de los servicios de mantenimiento de infraestructura de las sedes y del parque automotor y la compra de seguros para vehículos y bienes de la Entidad. En caso de presentar incumplimiento de los respectivos contratos por parte de los proveedores, el supervisor informa al Secretario General para que, a través del grupo de contratos, se tomen las medidas pertinentes. 3. El profesional(es) asignado(s) revisa constantemente las entradas y salidas del almacén verificando la factura versus el producto recibido.	1/1/2025	31/12/2025	El riesgo de afectación económica por posibles sanciones de los entes de control, derivadas de falencias en la administración de los bienes de la entidad, presenta debilidades relevantes en la ejecución y evidencia de los controles definidos. Aunque el proceso describe actividades operativas como el registro de entradas y salidas de almacén, conciliaciones con el área financiera y la suscripción de contratos de mantenimiento y seguros, no se aportan soportes que permitan verificar su cumplimiento efectivo. La ausencia de evidencia limita la trazabilidad de la gestión y debilita la capacidad de la entidad para demostrar una administración adecuada de los bienes ante eventuales requerimientos de los organismos de control. Adicionalmente, los controles actuales no evidencian un enfoque preventivo orientado a la racionalización del gasto ni a la gestión eficiente de inventarios, al no contemplarse de manera formal la definición de stocks mínimos, la realización periódica de tomas físicas ni la conciliación sistemática entre registros físicos y contables. En este contexto, el diseño y ejecución del control no resultan suficientes para mitigar el riesgo identificado, manteniendo la posibilidad de observaciones, hallazgos o sanciones por debilidades en la administración de los bienes institucionales. Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación de los controles:

					Fortalecer el sistema de control de inventarios mediante la implementación de tomas físicas periódicas, con actas debidamente suscritas y conciliadas con los registros contables y financieros. Definir y documentar stocks mínimos y máximos de bienes de consumo y devolutivos, incorporando criterios de racionalización del gasto y análisis histórico de consumo. Estandarizar y conservar los soportes que evidencien la ejecución de los controles, tales como registros de entradas y salidas, conciliaciones formales, informes de mantenimiento y pólizas de seguros. Revisar la pertinencia y alcance de los controles asociados al riesgo, asegurando que estos se orienten a la prevención de hallazgos por parte de los entes de control y no únicamente al cumplimiento operativo. Fortalecer la articulación entre los grupos de Recursos Físicos y Recursos Financieros, garantizando una administración integral, transparente y trazable de los bienes de la entidad.
--	--	--	--	--	--

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Los riesgos GAD-RG1 (falta de planeación y oportunidad en la adquisición de bienes y servicios) y GAD-RG2 (falencias en la administración de los bienes de la entidad) presentan debilidades comunes en el diseño, ejecución y evidencia de los controles, lo que incrementa la probabilidad de afectaciones económicas, operativas y reputacionales, así como de observaciones o sanciones por parte de los entes de control.

En ambos riesgos, si bien se describen actividades operativas asociadas a seguimiento contractual, control de consumos, administración de almacén y conciliaciones financieras, no se aportan soportes documentales suficientes que permitan verificar la ejecución efectiva de los controles. Esta situación limita la trazabilidad, confiabilidad y verificabilidad de la información, debilitando el esquema de control interno.

Para el GAD-RG1, se evidencia que los controles definidos no permiten demostrar una adecuada planeación ni articulación del Plan Anual de Adquisiciones (PAA), especialmente para el cuarto trimestre de la vigencia. Adicionalmente, los controles asociados se encuentran desalineados con la competencia del proceso, dado que el PAA es administrado por la Secretaría General y su grupo contractual, lo que hace necesario ajustar responsabilidades y controles para la vigencia siguiente. Asimismo, las actividades descritas corresponden principalmente a funciones de supervisión contractual y control operativo, más no a controles preventivos orientados a mitigar el riesgo de falta de planeación o racionalización del gasto.

En cuanto al GAD-RG2, se identifican falencias en la administración de los bienes institucionales, particularmente en la ausencia de tomas físicas de inventarios, definición de stocks mínimos y máximos, y controles formales que permitan demostrar una gestión eficiente y transparente de los bienes. Aunque se mencionan entradas y salidas de almacén, conciliaciones y contratos de mantenimiento, la falta de evidencia impide validar su ejecución y efectividad como mecanismos de mitigación del riesgo.

De manera transversal, ambos riesgos evidencian que los controles actuales no aportan valor suficiente a la gestión, al no permitir anticipar desviaciones, optimizar el uso de los recursos ni demostrar cumplimiento ante los entes de control.

Recomendaciones generadas desde la Oficina de Control Interno

- Rediseñar y ajustar los controles asociados a los riesgos GAD-RG1 y GAD-RG2, asegurando que estos sean preventivos, medibles y alineados con las responsabilidades reales de cada proceso.
- Fortalecer la planeación de adquisiciones mediante una articulación efectiva con la Secretaría General y el grupo contractual, garantizando la actualización oportuna del PAA y dejando evidencia formal de las solicitudes, ajustes y aprobaciones realizadas.

- Implementar un sistema integral de administración de bienes que incluya tomas físicas periódicas de inventarios, conciliaciones formales con el área financiera y actas de verificación debidamente soportadas.
- Definir y documentar stocks mínimos y máximos de bienes de consumo y devolutivos, incorporando criterios de racionalización del gasto y análisis histórico de consumo.
- Estandarizar y conservar los soportes que evidencien la ejecución de los controles (registros de almacén, informes de seguimiento contractual, conciliaciones, actas e informes periódicos), garantizando la trazabilidad y confiabilidad de la información.
- Evaluar periódicamente la efectividad de los controles implementados, con el fin de asegurar que estos mitiguen de manera real los riesgos identificados y constituyan un insumo útil para la toma de decisiones y la rendición de cuentas ante los entes de control.

8. Firmas:**ISMENIA PINEDA ORJUELA**

Auditor Control Interno

**CAROLINA LOPEZ GALLEGO**

Jefe Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTION FINANCIERA
2. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: # 2. Mejorar el desempeño de la gestión institucional a nivel del desarrollo humano, tecnológico y físico, fortaleciendo la misionalidad de la entidad Objetivo del proceso: Administrar, registrar y controlar los recursos financieros; así como el adecuado seguimiento al recaudo de ingresos, suministrando información oportuna, veraz y confiable para la adecuada toma de decisiones en cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
IG_GFI_IND38_Ejecución Presupuestal (Recurso ejecutado acumulado al corte/Apropiación presupuestal disponible para la vigencia) *100	81.75%	Observaciones OCI: El resultado del indicador refleja una ejecución presupuestal del 81%, evidenciando que una parte de los recursos apropiados para la vigencia no fue ejecutada oportunamente. De acuerdo con la información reportada, esta situación obedece principalmente a la existencia de cuentas pendientes por radicar, lo cual impacta directamente el valor acumulado de la ejecución presupuestal al corte evaluado; esto último tomado de lo informado por el proceso. La ausencia de soportes documentales que respalden el cálculo del indicador limita la verificabilidad, confiabilidad y trazabilidad de la información reportada, lo que dificulta validar la razonabilidad del porcentaje de ejecución y afecta la calidad del proceso de seguimiento presupuestal. De igual manera esto se debe revisarse en cuanto a variables
IG_GFI_IND402025_Recaudo Contribución (Ingreso recaudado por contribución en el periodo/valor ingreso por contribución proyectadas en la vigencia)	100%	Observaciones OCI: Durante la vigencia 2025, el indicador de recaudo de contribución presenta un comportamiento atípico en su ejecución, evidenciando un arranque nulo en el primer trimestre, situación que se explica por la naturaleza del proceso de liquidación, dado que la base para el cálculo de la contribución corresponde a los estados financieros de las empresas, los cuales se emiten durante el primer trimestre de cada vigencia. En este sentido, el recaudo inicia su materialización en periodos posteriores, observándose para el segundo trimestre un cumplimiento del 8,35% y un incremento significativo en el tercer trimestre, alcanzando un 97,54%, lo cual evidencia una concentración del recaudo en periodos avanzados de la vigencia. No obstante, al analizar el comportamiento del ingreso recaudado frente a lo proyectado, se identifica que el valor proyectado no obedece a una planeación anual estructurada, sino que presenta ajustes sucesivos a lo largo de la vigencia. Esta situación genera distorsiones en la medición del indicador, afectando su confiabilidad y utilidad, dado que no permite evaluar de manera objetiva el desempeño del recaudo ni constituye un insumo efectivo para la toma de decisiones. Adicionalmente, se evidencia que el indicador denominado no cuenta con soportes documentales, lo cual limita la posibilidad de verificar la razonabilidad de los resultados reportados y afecta el principio de trazabilidad y verificabilidad de la información.

		En consecuencia, el indicador no genera valor agregado, al no contar con una planeación financiera clara, criterios de medición consistentes ni soportes que respalden su cálculo.
--	--	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:		
6.1. Indicadores.		
Es importante que tanto en la estructuración de la ficha como lo consignado en la SUITE VISION de los indicadores de cada proceso se determine el marco Institucional con base en la alineación del cumplimiento del plan estratégico de la entidad y se correlacione cada objetivo estratégico de la entidad. De igual manera se sugiere que se realice un análisis global en cada indicador y planes de acción en referencia a las acciones de mejora sobre las brechas identificadas en los procesos. De igual manera se deben soportar las evidencias que avalen las cifras consignadas en cada indicador. El consolidado de indicador es de 90.85%. La ausencia de soportes documentales que respalden el cálculo del indicador limita la verificabilidad, confiabilidad y trazabilidad de la información reportada, lo que dificulta validar la razonabilidad del porcentaje de ejecución y afecta la calidad del proceso de seguimiento presupuestal y de contribución.		
Evidencias: Plataforma SVE		
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GFI-RG1 Posibilidad de pérdida económica y reputacional por vencimiento de términos legales para el cobro de la contribución, debido a demora en el proceso de revisión, firma, notificación y ejecutoria de los actos administrativos. (Posible incidencia Fiscal)	Tecnología - CR: Demoras por intermitencia en el funcionamiento del gestor documental que afectan los tiempos de gestión del cobro de la contribución en todas las etapas Procesos - CI: Vencimiento de términos legales para el cobro de la contribución, por demora en el proceso de revisión,	1. El Coordinador de grupo cada vez que se presenta una falla en el gestor documental analiza la urgencia con la que se requiere activar medidas de contingencia en la generación de actos administrativos. 2. El Profesional asignado a la gestión de contribución, realiza permanentemente entre Junio y Diciembre el seguimiento y control a la gestión de los actos administrativos expedidos para el cobro, a través de la matriz "base de datos de vigilados/contribuyentes". En caso de evidenciarse la falta de notificación oportuna de los actos administrativos, se informará al coordinador del grupo de Recursos Financieros para la respectiva gestión ante el proceso encargado de la notificación. 3. El Coordinador de grupo realiza seguimiento permanente entre agosto y diciembre, la emisión y firma de actos administrativos con el propósito de validar que todos los deudores cuenten con AA firmado.	1/1/2025	31/12/2025	Si bien el proceso reporta la realización de actividades como la revisión de actos administrativos, la gestión de notificaciones pendientes y la actualización de la base de sujetos pasivos con valores adeudados de la vigencia 2025, no se aportan las evidencias definidas para el control. La ausencia de un gestor documental durante la vigencia ha llevado a la aplicación de esquemas de contingencia; sin embargo, estos no garantizan plenamente la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información. En este contexto, tanto la segunda línea de defensa como la Oficina de Control Interno evidencian que no es posible determinar la efectiva ejecución del control, dado que las actividades reportadas no se encuentran soportadas conforme a lo establecido. Adicionalmente, se identifica que el análisis de la no materialización del riesgo se sustenta principalmente en bases de datos en Excel, sin un alcance documentado que permita interpretar la información ni validar su consistencia. Esta situación debilita el sustento del control, incrementa el riesgo de manipulación de la información y limita la capacidad de demostrar la eficacia de las acciones implementadas.

	firma, notificación y ejecutoria de los actos administrativos.				Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación de los controles: Fortalecer el diseño y ejecución del control asociado al riesgo RG1, garantizando que cada actividad cuente con evidencias claras, completas y verificables que permitan demostrar su efectiva implementación. Definir y documentar el alcance, contenido y criterios de análisis de las bases de datos utilizadas para sustentar la no materialización del riesgo, asegurando su correcta interpretación y uso como evidencia de control. Establecer lineamientos para la conservación de evidencias en formatos no editables (por ejemplo, PDF), complementarios a los archivos en Excel, con el fin de mitigar el riesgo de manipulación de la información y fortalecer la trazabilidad. Priorizar la implementación de un gestor documental o, mientras se mantenga el esquema de contingencia, formalizar procedimientos alternos que aseguren la integridad, custodia y disponibilidad de los documentos asociados al proceso de cobro. Fortalecer el seguimiento a los términos legales del proceso de cobro, mediante controles preventivos que permitan identificar oportunamente posibles retrasos en la revisión, firma, notificación y ejecutoria de los actos administrativos. Articular acciones entre la primera, segunda y tercera línea de defensa que permitan validar periódicamente la eficacia del control y reducir el riesgo de materialización con posible incidencia fiscal.
GFI-RG2 Posibilidad de afectación económica y reputacional por hallazgos derivados de inconsistencias en la presentación de estados financieros que no reflejen la realidad económica y financiera de la entidad, debido a la entrega inoportuna, no entrega de la información financiera por parte de las diferentes áreas o falta de conciliación de la información reportada.	Procesos - CR: Entrega parcial y/o inoportuna, no entrega o falta de conciliación de la información financiera necesaria como insumo para el registro contable y generación de EEFF que reflejen los hechos contables con veracidad y oportunidad.	1. El contador de la entidad o quien haga sus veces, mensualmente verifica los registros contables versus los soportes suministrados por los profesionales asignados a la contabilidad. 2. Los profesionales asignados a contabilidad, cuando reciben información de las áreas correspondiente al mes, con el fin de tener información confiable y veraz, revisa la información suministrada por las áreas.	1/1/2025	31/12/2025	Aunque el proceso reporta actividades relacionadas con la entrega de información al cierre de la vigencia y conciliaciones mensuales, no se aportan evidencias que permitan verificar su ejecución ni su efectividad. Los soportes presentados no demuestran controles directamente alineados con el riesgo identificado, lo que limita la capacidad de asegurar que los estados financieros reflejen razonablemente la situación económica y financiera de la entidad y aumenta la exposición a hallazgos con impacto económico y reputacional. Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación de los controles: Fortalecer y alinear los controles del proceso contable al riesgo identificado, garantizando la entrega oportuna y completa de la información financiera por parte de las áreas.

					Definir responsables, plazos y evidencias verificables para las conciliaciones mensuales. Implementar mecanismos preventivos que permitan identificar inconsistencias antes del cierre y emisión de los estados financieros. Asegurar la trazabilidad y soporte documental de los controles para facilitar su verificación por las líneas de defensa y los entes de control.
GFI-RG3 Posibilidad de afectación económica por afectación del presupuesto de la vigencia, debido a la entrega extemporánea de cuentas de cobro y/o facturas de vigencias anteriores por parte de supervisores de contrato.	Procesos - CR: Entrega extemporánea de cuentas de cobro y/o facturas de vigencias anteriores por parte de supervisores de contrato, que puede generar penalidades al presupuesto de la entidad para la siguiente vigencia	1. Los profesionales asignados al procedimiento de cuentas por pagar, mensualmente con el propósito de monitorear las cuentas con ejecución presupuestal, contrasta con los profesionales de contabilidad la obligación de las cuentas y con tesorería el pago efectivo de las cuentas presentadas en el periodo	1/1/2025	31/12/2025	Si bien el proceso define como acción de control la revisión mensual de la ejecución contractual para verificar la radicación oportuna de las cuentas, no se aportan evidencias que permitan demostrar su ejecución ni su efectividad. Las observaciones de la segunda línea de defensa y de la Oficina de Control Interno coinciden en que los soportes presentados no permiten verificar la aplicación del control. Los memorandos identificados en monitoreos anteriores se limitan a informar sobre retrasos en la entrega de obligaciones por parte de proveedores, sin evidenciar la adopción de acciones estructurales que permitan mitigar de manera efectiva el riesgo identificado. Esta situación incrementa la probabilidad de impactos presupuestales por el reconocimiento de obligaciones de vigencias anteriores. Las recomendaciones que se realizan frente a las situaciones evidenciadas para tener en cuenta para la determinación de los controles: Fortalecer el control de seguimiento a la ejecución contractual, asegurando la radicación oportuna de cuentas de cobro y facturas por parte de los contratistas. Definir responsables, periodicidad y evidencias verificables para la revisión mensual de los contratos. Implementar acciones preventivas y correctivas que mitiguen la entrega extemporánea de cuentas, más allá de comunicaciones informativas. Establecer mecanismos de control que permitan identificar oportunamente obligaciones pendientes y evitar afectaciones al presupuesto de la vigencia

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

La evaluación de los riesgos RG1, GFI-RG2 y GFI-RG3 evidencia debilidades transversales en la ejecución y documentación de los controles asociados a procesos críticos de recaudo, gestión financiera y ejecución presupuestal. Si bien se reportan actividades de control, no se cuenta con evidencias suficientes y verificables que permitan demostrar su efectividad, lo que limita la validación por parte de las líneas de defensa y aumenta la exposición a impactos económicos, fiscales y reputacionales.

Adicionalmente, se identifican deficiencias en la oportunidad de los procesos, particularmente en la entrega de información financiera, la radicación de cuentas de cobro y la gestión de actos administrativos, así como una alta dependencia de controles manuales e informales, lo que debilita la trazabilidad y confiabilidad de la información y reduce la capacidad preventiva del sistema de control interno.

Se realizan recomendaciones generales frente a la evaluación de los riesgos del proceso

- Fortalecer y alinear los controles a los riesgos identificados, garantizando evidencias claras y verificables.
- Estandarizar los soportes y mejorar la trazabilidad de la información.
- Implementar controles preventivos que aseguren la oportunidad de los procesos críticos.
- Reforzar la articulación entre las líneas de defensa y el seguimiento periódico de los controles.

8. Firmas:	
	
CAROLINA LOPEZ GALLEGO	ISMENIA PINEDA O
Jefe Oficina de Control Interno	Auditor Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTIÓN DE COMUNICACIONES
Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 3. Desarrollar estrategias que promuevan el posicionamiento de la entidad haciendo presencia institucional a nivel nacional	
Objetivo del proceso: Asesorar y establecer lineamientos y estrategias de comunicación que faciliten la divulgación de información de la gestión pública de la Supervigilancia a través de comunicaciones internas y externas. Promover espacios de participación ciudadana para fortalecer la interacción con los grupos de valor permitiendo la incidencia para el mejoramiento continuo.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA (Número de comunicaciones emitidas en el periodo/Número de solicitudes recibidas en el periodo) *100	73,88%	Observaciones OCI: Para los tres primeros trimestres de la vigencia 2025 se evidenció un cumplimiento del 98,65%; no obstante, no se cuenta con reporte correspondiente al último trimestre, lo cual afecta el cumplimiento global de los indicadores para la evaluación. En consecuencia, se recomienda asegurar el reporte oportuno y el cumplimiento integral de las solicitudes de comunicaciones internas y externas durante toda la vigencia. De igual manera se sugiere realizar un informe final que permita determinar por áreas y por entidades las comunicaciones socializadas y el foco de interés esto con el propósito de validar la interacción externa e interna que tiene la entidad en tema de transparencia.
NUMERO DE SEGUIDORES EN REDES SOCIALES ((Sumatoria de los seguidores en cada una de las redes sociales de la Supervigilancia - Total de seguidores en redes sociales con corte a diciembre de la vigencia inmediatamente anterior) / Sumatoria de los seguidores en cada una de las redes sociales de la Supervigilancia) * 100	62,50%	Observaciones OCI: Durante la vigencia se fortaleció la estrategia de comunicación digital institucional con un enfoque pedagógico, orientada a brindar contenidos claros y de interés para los grupos de valor, explicando trámites, procedimientos y el rol misional de la Entidad; no obstante, para el último trimestre no se evidencia el reporte correspondiente, por lo cual se recomienda cumplir de manera integral con el indicador y a asegurar el registro oportuno de la información para la evaluación de resultados.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Se evidenció el cumplimiento del 68,19% durante el primer semestre de las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:
Se concluye que el proceso presentó un alto nivel de cumplimiento durante la vigencia 2025; no obstante, la falta de reporte del último trimestre afecta la evaluación del indicador, por lo que se recomienda asegurar el registro oportuno y completo de la información durante toda la vigencia. Más sin embargo se recomienda evaluar la pertinencia de los indicadores de gestión asociados a comunicaciones, toda vez que de efectividad solo se cuenta con solicitudes de comunicaciones y no se evidencia realmente el análisis desde ese enfoque.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: GRUPO DE COMUNICACIONES

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GCM-RG1 Posibilidad de afectación reputacional por bajo índice de la calificación por entes de control debido al desconocimiento por parte de las áreas con respecto a la publicación de información institucional de la Ley de transparencia y la Ley de Participación Ciudadana, generando incumplimiento a la normatividad vigente.	Procesos - CR: desconocimiento por parte de las áreas de las obligaciones respecto de la Ley de transparencia y la Ley de Participación Ciudadana, generando incumplimiento a la normatividad vigente. Procesos - CI: Falta de personal suficiente para la ejecución de las actividades programadas para dar cumplimiento a la normatividad vigente	1. El profesional asignado realizará trimestralmente el envío de correo a las diferentes áreas responsables de los espacios en la web del Menú Transparencia, con el propósito de solicitar la actualización de la información publicada. 2. El profesional asignado realizará de manera trimestral el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Participación Ciudadana, a través de correo electrónico y/o mesas de trabajo con el propósito de obtener la información referente a los resultados y sugerencias que surgieron durante la realización de las actividades correspondientes a la implementación del Plan de Participación Ciudadana. 3. El profesional asignado identifica trimestralmente al personal encargado de ejecutar en las áreas las actividades programadas en el plan de participación ciudadana.	1/1/2025	31/12/2025	No fue posible realizar el monitoreo al riesgo de gestión, debido a la ausencia de información y evidencias que permitieran efectuar su seguimiento.
7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.					
Se recomienda fortalecer el seguimiento periódico a los riesgos de gestión, asegurando la generación, registro y conservación de evidencias que permitan su monitoreo oportuno, evaluación de efectividad de los controles y la toma de decisiones preventivas, con el fin de evitar la materialización de riesgos y fortalecer el Sistema de Control Interno.					
8. Firmas:					
					
YULIET ANGÉLICA SÁNCHEZ POSADA			CAROLINA LOPEZ GALLEGO		
Profesional de defensa OCI			Jefe Oficina de Control Interno		

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: ALIANZA INTERINSTITUCIONAL
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia.	
Objetivo del proceso: Articular y asesorar desde la oficina de enlace de la Policía Nacional, la construcción de políticas y estrategias mediante el acompañamiento a los procesos misionales de la entidad, con el fin de contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a través de las herramientas tecnológicas, solicitudes, acompañamientos, consulta de órdenes de captura y órdenes de arresto, dinamización de la red de apoyo, visitas de inspección e informes de análisis.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Eficiencia en la consulta de información sistematizada de órdenes de captura y órdenes de arresto Sumatoria de fecha de Respuesta al Solicitante - Fecha de Recepción GACIN - IG / Factor días hábiles en el año - IG / Número de Memorandos Solicitados	100%	Observaciones OCI: Se evidencia que el indicador establece como meta un plazo de seis (6) días hábiles para brindar respuesta a las solicitudes generadas por las distintas áreas de la Entidad; no obstante, en la práctica el promedio de atención es de 3,01 días hábiles, lo cual refleja una gestión eficiente y una respuesta oportuna frente a los requerimientos internos.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se evidenció el cumplimiento del 100% de las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición del siguiente indicador:
Indicador 1: Se evidencia el cumplimiento del indicador, superando la meta establecida, al atender las solicitudes en un tiempo promedio inferior al definido, lo cual demuestra una gestión eficiente y oportuna. No obstante, se recomienda evaluar periódicamente la meta del indicador para ajustar la capacidad operativa real del proceso y promover la mejora continua.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: GACIN

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
AIN-RC1 Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por fuga, modificación u omisión de información reservada.	Factor de corrupción - Posible fuga, modificación u omisión de información para beneficiar a un tercero.	1. El líder del proceso semestralmente realiza una sensibilización al personal del grupo GACIN sobre el procedimiento "Consulta de información sistematizada de órdenes de captura y órdenes de arresto", con el propósito de apropiar el procedimiento y minimizar la ocurrencia de errores, en el desarrollo del mismo, y concientizar al personal en buenos comportamientos.	1/1/2025	31/12/2025	Las acciones informadas se desarrollan dentro de la vigencia 2025 y guardan coherencia con los riesgos definidos en el mapa de riesgos, evidenciándose la ejecución del control de seguimiento por parte de la primera línea de defensa.

		2. El líder del proceso solicita semestralmente la firma al personal que integran el Grupo de Asesoría y Coordinación Interinstitucional, del documento "Declaración de confidencialidad de la información a servidor público de la Policía Nacional", con el fin de concientizar a los funcionarios sobre la responsabilidad y compromiso con la seguridad de la información y temas referentes de integridad.			
AIN-RG1 Posibilidad de pérdida Reputacional por interrupción en la operación de los procesos misionales debido a desconocimiento de los procedimientos e incumplimiento de las cláusulas del convenio vigente.	* Procesos - CR: Desconocimiento de los procedimientos del proceso por parte de los integrantes del grupo, * Procesos - CI: Incumplimiento de las cláusulas establecidas en el marco del convenio suscrito entre la Policía Nacional y la Supervigilancia. * Tecnología - Falla o intermitencia del gestor documental que genera demoras en la respuesta a las solicitudes de los procesos misionales	1. El Profesional asignado al seguimiento del convenio firmado entre Policía Nacional y Supervigilancia, mensualmente verifica que las actividades estén alineadas a las cláusulas establecidas en el convenio 2. El líder del proceso ante falla o intermitencia del gestor documental de la entidad, analizará la pertinencia de activar medidas de contingencia, a través del uso del gestor documental de la Policía Nacional 3. El líder del proceso realiza trimestralmente seguimiento a las funciones y actividades asignadas al Grupo de Asesoría y Coordinación Interinstitucional, a fin de verificar el cumplimiento de las mismas. 4. Los profesionales del proceso socializan trimestralmente los procedimientos, a los integrantes del grupo con el fin de evitar el desconocimiento e interrupción o demoras en el cumplimiento de las actividades.	1/1/2025	31/12/2025	Se determina que, para los riesgos de gestión correspondientes a la vigencia 2025, los controles implementados presentan un diseño adecuado y resultan efectivos, en la medida en que contribuyen de manera oportuna a la mitigación de los riesgos identificados y al cumplimiento de los objetivos del proceso durante la vigencia evaluada.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Durante la vigencia 2025, las acciones ejecutadas se encuentran alineadas con los riesgos de gestión y de corrupción definidos en el mapa de riesgos y se desarrollan conforme a lo programado, evidenciándose el seguimiento por parte de la primera línea de defensa; en este sentido, los controles implementados presentan un diseño adecuado y resultan efectivos para la mitigación de los riesgos, no obstante, se recomienda mantener su monitoreo y fortalecimiento continuo para asegurar el cumplimiento de los objetivos del proceso en futuras vigencias.

8. Firmas:

	
YULIET ANGÉLICA SÁNCHEZ POSADA	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa OCI	Jefe Oficina de Control Interno

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 2. Mejorar el desempeño de la gestión institucional a nivel del desarrollo humano, tecnológico y físico, fortaleciendo la misionalidad de la entidad 3. Fortalecer los procedimientos y sistemas de información, con el fin de mejorar los mecanismos de inspección, control y vigilancia.	
Objetivo del proceso: Establecer los lineamientos estratégicos que permitan de manera coordinada la formulación, elaboración y actualización del Plan Estratégico Institucional, el Plan de Acción Institucional, la Programación Presupuestal, y los Proyectos de Inversión, para orientar los esfuerzos hacia el logro de la misión, la visión y los objetivos institucionales.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS (No. de Metas acumuladas logradas/Total de Metas para el período) * 100	95.59%	Observaciones OCI: El resultado alcanzado evidencia una gestión eficaz y oportuna, atribuible a la implementación del plan de choque por parte de la Oficina Asesora de Planeación. Dicho plan permitió fortalecer la articulación institucional, optimizar el seguimiento a los avances y mitigar los riesgos asociados al incumplimiento de las acciones programadas. En este sentido, se recomienda mantener y consolidar las estrategias implementadas, así como definir acciones concretas, responsables y plazos de cumplimiento para las actividades pendientes, con el propósito de asegurar su cierre oportuno y garantizar la sostenibilidad de los resultados obtenidos en el marco del Sistema de Control Interno.
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN (No. de acciones ejecutadas a conformidad / No. De acciones planificadas para el período acumulado) * 100	96.07%	Observaciones OCI: De las 382 acciones programadas en el marco del Plan de Acción Institucional 2025, con corte al IV trimestre de la vigencia se encuentran finalizadas 367, lo que representa un nivel de cumplimiento del 96 %. Este resultado evidencia la efectividad de los controles implementados y una adecuada gestión del riesgo frente al cumplimiento de los compromisos institucionales, atribuible a la ejecución del plan de choque implementado desde octubre de 2025, el cual fortaleció el seguimiento, la articulación interna y la oportunidad en la ejecución de las acciones. No obstante, se recomienda mantener y consolidar los mecanismos de control adoptados, así como definir acciones específicas, responsables y plazos de ejecución para las actividades pendientes, con el fin de asegurar su cierre oportuno, prevenir riesgos de incumplimiento y garantizar la sostenibilidad de los resultados en el marco del Sistema de Control Interno.
INDICE DE CUMPLIMIENTO PLANEACION FINANCIERA Y PRESUPUESTAL (Número de actividades presupuestales finalizadas / Número de actividades presupuestales a realizar en la vigencia)	100%	Observaciones OCI: Se evidencia un cumplimiento del 100 % de las metas propuestas, por lo que se recomienda la continuidad de las actividades de acuerdo con los comentarios realizados por el proceso; más sin embargo esta oficina limita su alcance al no tener soporte de dicho cumplimiento.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

6.1. Indicadores.

Se evidenció el cumplimiento del 97.22% de las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:
Indicador 1: El indicador refleja una gestión eficiente, resultado de la implementación del plan de choque que fortaleció la articulación institucional y el seguimiento a las acciones. Esto permitió mitigar riesgos de incumplimiento y alcanzar las metas establecidas

Indicador 2: El indicador presenta un alto nivel de cumplimiento (96%), lo que evidencia una gestión efectiva y controles adecuados en la ejecución del Plan de Acción Institucional. La implementación del plan de choque fortaleció el seguimiento y la articulación interna, reduciendo riesgos de incumplimiento.
Indicador 3: Al analizar el comportamiento del indicador durante la vigencia evaluada, se evidencia que este cumplió en su totalidad con las variables establecidas, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%.
Evidencias: Herramienta Suite Visión Empresarial
Archivo: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

6.2. Riesgos.					
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:					
Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
DES-RG1 Posibilidad de pérdida Reputacional por bajos índices en la gestión institucional debido a debilidad en el seguimiento a la gestión institucional por parte de los procesos.	* Procesos - CR: Desconocimiento de los procesos de la responsabilidad que les asiste sobre el cumplimiento de los planes institucionales y los lineamientos externos e internos. * Procesos - CI: Fallo en la operación u obsolescencia del aplicativo Suite Visión Empresarial * Procesos - CI: Insuficiencia en la asignación de recursos humano idóneo y suficiente para el seguimiento a las actividades programadas en el marco de la planeación institucional.	- El Profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación verifica mensualmente las tareas programadas por los procesos mediante los reportes generados por el aplicativo Suite Visión Empresarial -SVE, con el propósito de generar compromisos y alertas sobre el cumplimiento. En caso de encontrar actividades programadas que el proceso no cumplirá o que requieren reprogramación o reformulación activará lo establecido en el Manual de Planes de acuerdo al caso específico. - El Profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación verificará mensualmente los compromisos adquiridos por el proceso en el seguimiento anterior y validará su cumplimiento. - El profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación descargará mensualmente el reporte de planes de los procesos asignados y llevará el control de las acciones cumplidas por el proceso. - El jefe de la Oficina Asesora de Planeación anualmente realizará las gestiones necesarias para contar con el mantenimiento y soporte del aplicativo SVE. - El jefe de Oficina revisa semestralmente si el recurso humano es suficiente para dar cumplimiento a lo programado y lo normado para la Oficina de Planeación.	1/1/2025	31/12/2025	1. Durante la vigencia se evidenció seguimiento a los reportes generados por el aplicativo Suite Visión Empresarial (SVE); no obstante, este presentó debilidades en su efectividad, en tanto la primera línea de defensa no logró cubrir de manera oportuna la totalidad de los procesos de la entidad. Si bien en el último trimestre se implementó un plan de choque que permitió fortalecer el cumplimiento de las tareas, es importante precisar que el control debe ejercerse de manera permanente y continua durante toda la vigencia, con el fin de garantizar la identificación temprana de desviaciones y la adopción oportuna de acciones correctivas. 2. Se evidencia que durante la vigencia el proceso realizó requerimientos algunos procesos de la entidad; sin embargo, dicho control no fue efectivo ni integral, en tanto no se aplicó a la totalidad de los procesos. Si bien en el último trimestre se implementó un plan de choque que permitió mejorar el cumplimiento de las tareas, la efectividad del control interno radica en su aplicación permanente a lo largo de toda la vigencia, garantizando la oportunidad del seguimiento, la prevención de desviaciones y el cumplimiento sostenido de los objetivos institucionales. 3. Se evidencia que el proceso anexó el reporte de las bases de datos de los planes de los procesos, lo cual permite determinar que el control se encuentra adecuadamente diseñado y contribuye a la mitigación del riesgo. No obstante, para asegurar la efectividad del control, es necesario que la información reportada sea utilizada de manera permanente durante toda la vigencia para el seguimiento integral de los procesos, garantizando la oportunidad en la identificación de desviaciones y la toma de acciones correctivas. 4. Se evidencia que durante el periodo evaluado se realizaron las gestiones necesarias para el pago al proveedor, la proyección de la contratación para la vigencia 2026 y la verificación del estado de la infraestructura tecnológica que soporta la SVE, determinándose que esta se encuentra en condiciones adecuadas; en consecuencia, el control presenta un diseño adecuado y resulta efectivo para la mitigación del riesgo asociado a la continuidad del servicio. 5. Se evidencia que durante el periodo evaluado la Oficina Asesora de Planeación presentó insuficiencia de personal para atender la totalidad de las actividades programadas, lo cual generó limitaciones en el desarrollo oportuno de los seguimientos y demás funciones a su cargo. No obstante, se adelantaron gestiones para la contratación de personal de prestación de servicios, cuyos apoyos iniciaron a finales de septiembre y se proyectan refuerzos adicionales a inicios de octubre, orientados a fortalecer la capacidad operativa del proceso. En este contexto, si bien el control se encuentra adecuadamente diseñado, su efectividad estuvo condicionada por la disponibilidad de recurso humano, aspecto que requiere consolidarse para asegurar una mitigación sostenible del riesgo.
DES-RG2 Posibilidad de pérdida reputacional por bajos	* Procesos - CR: Desconocimiento de los	* Los profesionales asignados de la Oficina Asesora de Planeación, verifican anualmente los resultados obtenidos en la medición inmediatamente anterior con el fin de determinar las brechas existentes en la	1/1/2025	31/12/2025	1. Se evidencia una adecuada segregación de responsabilidades y seguimiento operativo, al establecer mecanismos formales de comunicación (correos electrónicos, soportes y bases de

resultados en la calificación del FURAG, debido a la falta de implementación de lineamientos de las políticas de Gestión y Desempeño Institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	procesos de los lineamientos dados para la implementación de las políticas y dimensiones MIPG * Procesos - CI: Insuficiencia en la asignación de recursos humano idóneo y suficiente para el seguimiento a las actividades programadas en el marco de la planeación institucional.	implementación de las Políticas del MIPG. En caso de encontrar brechas o acciones que se deban desarrollar, se formulan en plan MIPG Sectorial para la vigencia siguiente en conjunto con los procesos responsables de cada política institucional de gestión y desempeño. * El profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación, trimestralmente con el fin de verificar el cumplimiento de los avances de las actividades programadas en el plan MIPG sectorial, monitorea en el aplicativo Suite Visión Empresarial las evidencias reportadas por los procesos. En caso de evidenciar actividades sin cumplimiento, se informa al líder del proceso antes de emitir los informes para el Ministerio de Defensa.			datos) para alertar sobre tareas pendientes. La emisión de lineamientos para el cierre de la planeación institucional fortalece el componente de actividades de control y monitoreo, contribuyendo a la mitigación del riesgo de incumplimiento de metas y retrasos en la gestión institucional. 2. Este control demuestra un enfoque preventivo y de mejora continua, al socializar oportunamente los resultados del FURAG y vincular a los líderes de proceso en la definición de acciones correctivas. Desde control interno, se evidencia el fortalecimiento del componente de información y comunicación, así como del seguimiento al desempeño institucional, lo que favorece la toma de decisiones y la mitigación del riesgo asociado a bajos niveles de cumplimiento del MIPG.
---	---	---	--	--	--

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Desde la evaluación de Control Interno, se recomienda mantener y fortalecer los mecanismos de planeación, seguimiento y control implementados, asegurando su institucionalización y sostenibilidad en el tiempo. Si bien los resultados evidencian un alto nivel de cumplimiento y una gestión eficaz, es fundamental consolidar los controles preventivos, reforzar el monitoreo continuo y formalizar las buenas prácticas adoptadas, con el fin de anticipar riesgos, garantizar el cierre oportuno de las actividades pendientes y asegurar el logro integral de los objetivos estratégicos en el marco del Sistema de Control Interno.

Se recomienda fortalecer la aplicación permanente, sistemática y transversal de los mecanismos de seguimiento a la gestión institucional, garantizando que los controles definidos se ejecuten de manera continua durante toda la vigencia y no de forma reactiva o concentrada en periodos específicos. Siendo importante fortalecer los roles de las líneas de defensa en la entidad.

8. Firmas:

	
YULIET ANGÉLICA SÁNCHEZ POSADA	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa OCI	Jefe Oficina de Control Interno



EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Fecha: 31/12/2025	2. Dependencia a evaluar: GESTIÓN CONTRACTUAL
Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 3. Mejorar el desempeño de la gestión institucional mediante el desarrollo del talento humano y el fortalecimiento de los recursos tecnológicos y físicos, con el fin de optimizar la prestación de los servicios.	
Objetivo del proceso: Gestionar los procesos contractuales para la adquisición de bienes y servicios atendiendo los principios de la contratación estatal en cumplimiento de las funciones y la misión de la entidad requeridos durante cada vigencia, para atender las necesidades previstas en el Plan Anual de Adquisiciones de acuerdo con la normativa vigente.	

4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
CUMPLIMIENTO EN EL TRÁMITE DE CERTIFICACIONES (No de certificaciones expedidas en los términos establecidos/Total de certificaciones solicitadas) *100	83,83%	Observaciones OCI: De acuerdo con el análisis realizado por esta oficina el proceso se vio afectado por el incremento en la demanda de certificaciones asociadas a los procesos contractuales, la falta de estandarización y actualización oportuna de los formatos, la dependencia de información suministrada por otras áreas y los ajustes normativos y procedimentales que requieren verificaciones previas antes de la expedición de las certificaciones. Adicionalmente, se evidencia que durante el último mes de la vigencia no se reportó el indicador, situación que incidió en la disminución de su resultado, ubicando el nivel de cumplimiento en un 83,83%. De igual manera esta oficina recomienda validar la pertinencia del indicador toda vez que si es una actividad que demanda tiempo no le genera impacto a la misionalidad del proceso teniendo en cuenta que esta es una tarea operativa de la parte administrativa del proceso
ADJUDICACION DE PROCESOS POR CONVOCATORIA PÚBLICA (Número de procesos adjudicados/Número de procesos aprobado en comité) *100	75%	Observaciones OCI: Se observo que durante el tercer trimestre de la vigencia se presentaron oportunamente ante los comités de compras y adquisiciones los procesos de contratación, atendiendo las necesidades de la Entidad; sin embargo, la ausencia de reporte del indicador correspondiente al último trimestre impide realizar el seguimiento y evaluación integral de su cumplimiento. Limitando el alcance a la evaluación de la efectividad de este indicar frente al proceso
CONTRATACIÓN OPORTUNA DE LA MODALIDAD DIRECTA (Sumatoria de cada contrato (Fecha firma de contrato - Fecha de solicitud/Total de contratos firmados)	75%	Observaciones OCI: Se observo que la contratación bajo la modalidad directa se realizó dentro de los tiempos establecidos, evidenciando eficacia y celeridad en el proceso; sin embargo, la ausencia de reporte del indicador correspondiente al último trimestre limita la evaluación integral de su cumplimiento.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:
6.1. Indicadores.
Se evidenció el cumplimiento del 78% durante el primer semestre de las metas programadas para la vigencia 2025 y el monitoreo periódico al avance de las actividades, a través de la medición de los siguientes indicadores:
Desde la oficina de control interno se observó limitación para la realización del seguimiento efectivo de los indicadores propuestos por el proceso toda vez que al no contar con la evaluación del último trimestre no se cuenta con una vision real de la ejecución contractual, Por otro lado, se recomienda validar la pertinencia del indicador de certificaciones si realmente es un indicador estratégico para la gestión del proceso.
Evidencias: Plataforma SVE
Archivo: GRUPO DE CONTRATOS

6.2. Riesgos.
Los riesgos de gestión y de corrupción descritos a continuación fueron identificados por el líder de proceso, así:

Riesgo	Causa	Control Existente	Fecha Inicio	Fecha Fin	Reporte Avance SGI
GCO-RG1 Posibilidad de pérdida reputacional por investigaciones y sanciones de los organismos de control debido a la adquisición de bienes y servicios fuera de los requerimientos normativos en las diferentes modalidades de selección	Procesos - CR: Desconocimiento de los requerimientos normativos en las diferentes modalidades de selección para la adquisición de bienes y servicios	1. El profesional encargado del proceso del área de contratos una vez reciba los estudios previos con la necesidad ya establecida, por parte del área encargada, hará previa verificación, con el propósito de presentar al comité para ser avalado. 2. El profesional del área de contratos cada vez que se solicita una necesidad verifica que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos en las diferentes modalidades de selección	1/1/2025	31/12/2025	1. Se remite por parte del proceso el formato de la lista de chequeo; teniendo en cuenta la evidencia aportada por el proceso no se relaciona directamente con el control se recomienda al proceso documentar la acción de verificación sobre esa lista de chequeo para identificar el cumplimiento de control. 2. De acuerdo con el entregable formulado para el control, no sustenta la actividad de control formulada por el proceso. Se recomienda cambiar el entregable y verificar con la lista de chequeo documentada
GCO-RG2 Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento de las metas institucionales y de los demás procesos sin satisfacer la necesidad de la entidad que motivo la realización del proceso contractual, debido a deficiencias en la estructuración de los aspectos técnicos, económicos y jurídicos en la etapa precontractual de las diferentes modalidades de selección.	Procesos - CR: Debilidades en la estructuración de los aspectos técnicos, económicos y jurídicos en la etapa precontractual de las diferentes modalidades de selección.	1. El profesional asignado cada vez que se requiera un proceso contractual con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones realiza la revisión de los estudios previos en cuanto a la necesidad, el presupuesto, 2. El Coordinador del grupo cada vez que se requiera convocará al Comité de compras y adquisiciones, para aprobación de los estudios previos ajustados de los procesos contractuales.	1/1/2025	31/12/2025	1. No se evidencia soporte documental del control efectúa ya que el proceso indica que se encuentra publicado en el SECOP II se recomienda se deje el enlace enunciado con el propósito de validar dichos documentos 2. Se recomienda la remisión de las actas del comité correspondientes a los períodos a reportar o, en su defecto, evaluar la conveniencia de rediseñar el control, a fin de asegurar la adecuada verificación de su efectividad.
GCO-RG3 Posibilidad de pérdida económica y reputacional e investigaciones y sanciones por los organismos de control por el incumplimiento contractual debido a la inadecuada e inoportuna supervisión de las obligaciones suscritas en los contratos celebrados.	Procesos - CR: debido a la inadecuada e inoportuna supervisión de las obligaciones suscritas en los contratos celebrados.	1. El Coordinador del grupo semestralmente convoca y capacita a quienes han sido designados como supervisores con el propósito de desarrollar la función de supervisión acorde con la normatividad vigente 2. El Profesional asignado, cada vez que termine la ejecución de un contrato, con el fin de verificar su cumplimiento en cuanto a la calidad del servicio, ejecución del servicio en la fecha pactada y capacidad de resolver	1/1/2025	31/12/2025	1. Durante la vigencia 2025 se evidenció la realización de capacitaciones dirigidas a los supervisores, orientadas al fortalecimiento de sus funciones y al ejercicio de una adecuada supervisión, así como jornadas de capacitación en temas contractuales que incluyeron el componente de supervisión. Estas actividades contribuyeron al fortalecimiento de las competencias del personal y al cumplimiento de los objetivos del proceso; no obstante, en algunos casos se identificó la necesidad de complementar las evidencias aportadas conforme a lo definido en los controles establecidos. 2. Para la vigencia 2025 se concluye que los procesos contractuales evaluados cumplen con lo establecido en el control, evidenciándose la correcta evaluación de proveedores; no obstante, se recomienda extender esta práctica de seguimiento y evaluación a los demás procesos jurídicos, con el fin de fortalecer la gestión contractual, asegurar la aplicación homogénea de los controles y contribuir al mejoramiento continuo del proceso. Mas sin embargo es necesario validar

					controles adicionales con el propósito de validar la adecuada ejecución y supervisión por un tercero adicional
GCO-RC1 Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de celebrar un contrato.	Factor de corrupción - Tráfico de influencias y filtrar información conveniente a los posibles oferentes Factor de corrupción - Estudios previos o de factibilidad, y pliegos de condiciones, manipulados por personal interesado en el futuro proceso de contratación. (Estableciendo necesidades inexistentes o aspectos que benefician a una firma en particular).	1. Los profesionales asignados a cada proceso de contratación, en cuanto reciben los EP proyectados desde las áreas, analizan el EP verificando que este cumpla con la normatividad vigente de acuerdo 2. El profesional asignado a cada proceso contractual (licitación pública, selección abreviada, mínima cuantía y concurso de méritos), con el propósito de no limitar la participación de los oferentes, realiza en conjunto	1/1/2025	31/12/2025	1. No se evidencia el reporte, por parte del proceso, de las actividades de control a cargo de la primera línea de defensa, lo cual impide evaluar la efectividad del control. En consecuencia, se recomienda reconsiderar el diseño del control teniendo en cuenta la evidencia disponible, de manera que esta no se limite de forma general a la publicación de información en la plataforma transaccional SECOP II, sino que permita verificar de manera específica su ejecución. 2. Se revisaron y verificaron los Estudios Previos remitidos por las diferentes áreas en cada proceso de contratación, los cuales se encuentran adjuntos en los respectivos expedientes contractuales; adicionalmente, se aportó una muestra representativa. La evidencia correspondiente a dos (2) procesos contractuales con Estudio Previo permite establecer el cumplimiento del control.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno.

Se concluye que, si bien el proceso cuenta con avances en la gestión contractual, la ejecución de capacitaciones a los supervisores y el cumplimiento de los controles en los procesos evaluados, persisten debilidades relacionadas con la calidad, pertinencia y trazabilidad de las evidencias aportadas para la evaluación de los controles, lo cual limita la verificación de su efectividad. En particular, la remisión de formatos, actas de comité sin filtros de cronología y orden y la ausencia de evidencias concretas en el aplicativo impiden evaluar adecuadamente los controles definidos para la gestión del riesgo. En consecuencia, se recomienda revisar y rediseñar los controles asociados, definiendo evidencias claras, específicas y verificables, asegurar la remisión oportuna de las actas correspondientes a los períodos a evaluar, complementar las evidencias de las capacitaciones conforme a lo establecido y extender las buenas prácticas identificadas en la evaluación de proveedores a los demás procesos jurídicos, con el fin de fortalecer la gestión contractual y el Sistema de Control Interno.

8. Firmas:

	
YULIET ANGELICA SANCHEZ POSADA	CAROLINA LOPEZ GALLEGO
Profesional de Defensa OCI	Jefe Oficina de Control Interno