

FECHA: 26/10/2025

PARA: SUPERINTENDENTE
DELEGADOS
LÍDERES DE PROCESO
COORDINADORES DE GRUPO

DE: XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

ASUNTO: INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN III TRIMESTRE 2025

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 2

2. ANTECEDENTES 3

3. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN 3

 3.1. RESULTADOS PROCESOS ESTRATÉGICOS 5

 3.1.1. Gestión de Comunicaciones – GCM 6

 3.1.2. Gestión de Mejora Institucional – GMI..... 9

 3.1.3. Gestión del Servicio - GSP 10

 3.2. RESULTADOS PROCESOS MISIONALES 13

 3.2.1. Gestión de Control, Inspección y Vigilancia – GCI 13

 3.2.2. Gestión de la Operación – GOP 15

 3.3. RESULTADOS PROCESOS DE APOYO 16

 3.3.1. Gestión Administrativa – GAD..... 17

 3.3.2. Gestión Contractual – GCO 19

 3.3.3. Gestión de Sistemas e Información – GSI..... 20

 3.3.4. Gestión de Talento Humano – GTH 24

 3.3.5. Gestión Documental – GDO..... 24

 3.3.6. Gestión Financiera - GFI 25

 3.3.7. Gestión Jurídica – GJU..... 27

 3.3.8. Gestión de Procesos Disciplinarios – GPD..... 30

 3.4. RESULTADOS PROCESO DE EVALUACIÓN 31

 3.4.1. Gestión de Evaluación y Seguimiento – GES 31

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 33

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Indicadores vigentes 4

Ilustración 2 Indicadores de gestión por periodicidad y tipología 4

Ilustración 3 Alianza estratégica - Eficiencia en la consulta de información sistematizada**iError! Marcador no definido.**

Ilustración 4 Direccionamiento estratégico - desempeño en el cumplimiento PA- OE..... 7

Ilustración 5 Solicitudes de comunicación..... 8

Ilustración 6 Seguidores en Redes sociales..... 9

Ilustración 7 Gestión de Mejoramiento Institucional..... 10

Ilustración 8 Comportamiento Respuesta oportuna a PQRS 11

Ilustración 9 Resultados satisfacción de Usuarios en Canales de atención..... 11

Ilustración 10 Resultados gestión de notificaciones 12

Ilustración 11. Cumplimiento trimestral de procesos sancionatorios 13

Ilustración 12 Cumplimiento a respuesta a quejas y Visitas de Inspección..... 14

Ilustración 13 Mantenimiento de infraestructura y Vehículos..... 17

Ilustración 14 Indicador de austeridad del gasto 18

Ilustración 15 Cumplimiento Certificaciones 19

Ilustración 16 Solicitudes de servicio - Incidentes 21

Ilustración 17 Cumplimiento de los ANS..... 22

Ilustración 18 Disponibilidad de ls Sistemas de Información 22

Ilustración 19 Servicio atendidos por mes 23

Ilustración 20 Cumplimiento Servicios soporte..... 23

Ilustración 21 Porcentaje de cumplimiento en la ejecución 25

Ilustración 22 Ejecución presupuestal vs Apropiación..... 26

Ilustración 23 Recaudo % 27

Ilustración 24 Ingresos por recaudo contribución vs Proyección de recaudo..... 27

Ilustración 25 Cumplimiento de recursos atendidos 28

Ilustración 26 Cumplimiento de la cartera recaudada..... 29

Ilustración 27 Cumplimiento de procesos impulsados 30

Ilustración 28 Número de procesos impulsados por profesional..... 31

Ilustración 29 Cumplimiento al Plan de Auditorías 32

Ilustración 30 Actividades planeadas vs realizadas 33

Índice de Tablas

Tabla 1 Indicadores de gestión 3

Tabla 2 Resultados de procesos estratégicos 5

Tabla 3 Resultados de procesos misionales..... 13

Tabla 4 Resultados de procesos de apoyo 16

Tabla 5 Resultados de procesos de evaluación 31

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, en cumplimiento de lo establecido en el Plan de Acción Institucional 2025 que dice **“Realizar informe de seguimiento a riesgos de gestión e indicadores - III trimestre”** cuyo entregable es “Informes de riesgos e indicadores III trimestre ”, emite el presente informe que tiene como propósito poner a disposición de la alta dirección una herramienta organizacional oportuna que facilite la toma de decisiones en la Supervigilancia.

El contenido de este informe contempla los resultados de los indicadores de gestión de los procesos de la Supervigilancia, con corte al tercer trimestre 2025.

2. ANTECEDENTES

La Supervigilancia cuenta con Manual de Indicadores de Gestión (MAN-DES-120-004) que contiene toda la información para tener en cuenta para la formulación, seguimiento, modificación y evaluación de estas herramientas y ficha técnica de indicador (FOR-DES-120-042).

Por otra parte, la Oficina Asesora de Planeación ha brindado el debido acompañamiento a los procesos con el fin de revisar los indicadores vigentes y encontrar nuevas maneras de medir la gestión, labor que inició durante 2023 y que continúa en 2025.

3. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN

Actualmente la Supervigilancia cuenta con 71 indicadores vigentes (48 de gestión, 5 ambientales y 18 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo), que se dividen por tipología y por proceso como se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 1 Indicadores de gestión

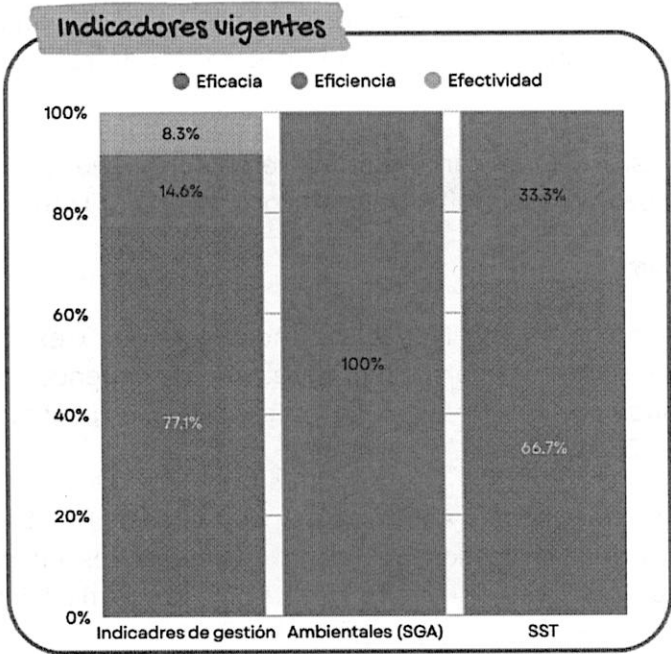
PROCESO		Eficacia	Eficiencia	Efectividad	TOTAL
Direccionamiento Estratégico	Estrategico	2	1		3
Gestión de Mejora Institucional		4			4
Gestión de Comunicaciones		2			2
Gestión del Servicio		3			3
Alianza Interinstitucional			1		1
Gestión de la Operación	Mi	2			2
Gestión del Control, Inspección y Vigilancia		4			4
Gestión Administrativa	Apoyo	3	1		4
Gestión Jurídica		2	1	1	4
Gestión de Sistemas e Información		4	1		5
Gestión del Talento Humano		3		3	6
Gestión Contractual		2	1		3
Gestión Financiera		2			2
Gestión Documental		1			1
Gestión Procesos Disciplinarios		2	1		3
Gestión de Evaluación y Seguimiento		1			1
Total IG		37	7	4	48
Total SGA		0	5	0	5

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

PROCESO	Eficacia	Eficiencia	Efectividad	TOTAL
Total SST	12	6	0	18
TOTAL	49	18	4	71

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 1 Indicadores vigentes



Fuente: Elaboración propia

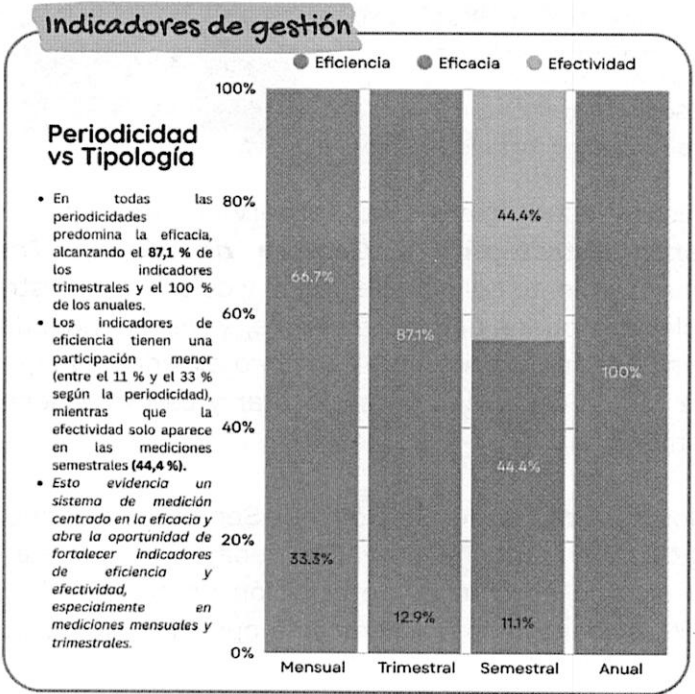
La distribución de los 71 indicadores muestra un claro énfasis en la eficacia como tipología predominante. En los indicadores de gestión, el 77,1 % mide eficacia, mientras que el 14,6 % se orienta a eficiencia y el 8,3 % a efectividad.

En conjunto, se evidencia un sistema de medición robusto en eficacia, pero con espacio para fortalecer la formulación de indicadores de eficiencia y efectividad, de modo que se logre un balance más integral entre resultados, uso de recursos e impactos logrados.

Teniendo en cuenta las frecuencias de medición, el presente informe se centrará en describir el comportamiento de los indicadores de gestión con medición entre los meses que conforman el tercer trimestre 2025. Esto significa que, para este informe trimestral, se analizará lo reportado por los procesos en los 37 indicadores con frecuencias mensuales (6) y trimestrales (31).

Ilustración 2 Indicadores de gestión por periodicidad y tipología

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO



N.	PROCESO	INDICADOR	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
11	Gestión del servicio	Satisfacción del usuario - Canales de atención	70			23,97			23,33			35
12		Gestión de notificaciones	70			43			25			59

Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE

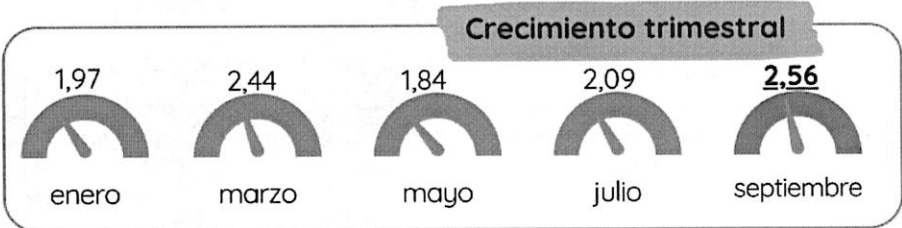
En los procesos estratégicos se observan avances importantes en **Direccionamiento Estratégico y Gestión de Mejora Institucional**: los indicadores de cumplimiento del plan de acción y de objetivos estratégicos superan las metas establecidas en los últimos registros, y los relacionados con salidas no conformes y planes de mejoramiento alcanzan o exceden sus metas en los cortes medidos, lo que refleja capacidad para ejecutar y cerrar acciones de mejora. En Alianza Interinstitucional,

En contraste, los resultados de Gestión del Servicio son críticos: la respuesta oportuna a PQRSD se mantiene muy por debajo de la meta del 90 %, y la satisfacción del usuario en canales de atención no supera el 35 % frente a un objetivo de 70 %, evidenciando problemas de oportunidad y calidad percibida.

Adicionalmente, en Gestión de Comunicaciones se mantiene un desempeño alto en la respuesta oportuna a las solicitudes, con resultados de 98,23 % en marzo y 98,65 % en los cortes de junio y septiembre, cuyos datos fueron cargados de manera posterior en noviembre. No obstante, el hecho de que la información de estos dos últimos trimestres se haya reportado de forma extemporánea evidencia una debilidad en la disciplina de medición y reporte, que debe corregirse para garantizar un seguimiento oportuno, continuo y confiable del proceso.

3.1.1. Alianza interinstitucional - AIN

En el indicador Eficiencia en la consulta de información sistematizada de órdenes de captura y órdenes de arresto, el tiempo de respuesta en la consulta de antecedentes se mantiene mejor que la meta definida, lo que indica eficiencia en ese trámite.



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE

3.1.2. Direccionamiento estratégico - DES

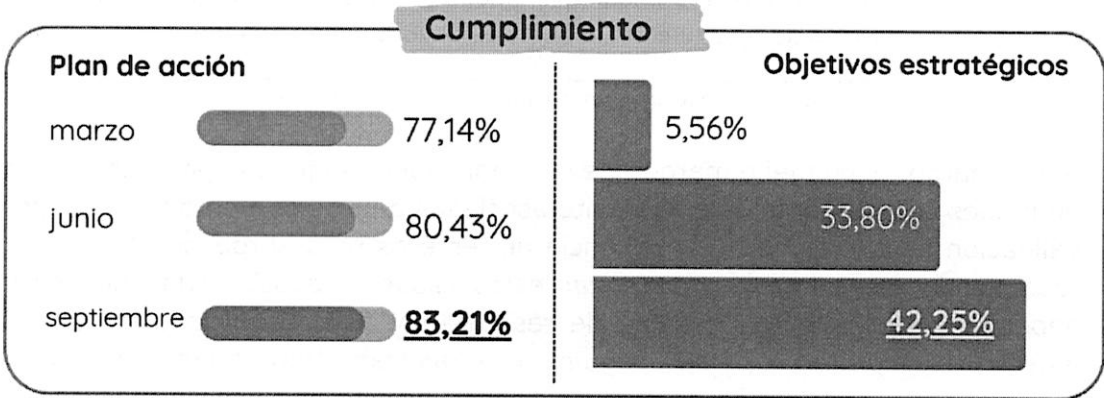
Se observa un desempeño favorable en los tres indicadores. El *Índice de cumplimiento planeación financiera y presupuestal* alcanza el valor objetivo (1), lo que implica un cumplimiento del 100 % en el corte medido.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El *Cumplimiento al Plan de acción* muestra un comportamiento positivo y en línea con lo esperado. Parte en el primer trimestre con un valor de 77,14 % frente a una meta del 80 %, es decir, levemente por debajo del objetivo, pero en los cortes siguientes no solo alcanza, sino que supera la meta (80,43 % en T2 y 83,21 % en T3, ambos con cumplimiento del 100 %). En términos operativos, esto se refleja en el incremento sostenido de acciones ejecutadas: de 27 a 111 y luego a 218 actividades, sobre un total de 35, 138 y 262 programadas respectivamente, lo que evidencia mayor capacidad de implementación y mejor alineación entre la planeación y la ejecución institucional.

No obstante, el diferencial entre acciones planificadas y ejecutadas (por ejemplo, 218 de 262 en septiembre) indica que aún existe un margen de acciones pendientes que deben ser gestionadas cuidadosamente para evitar acumulación o rezagos en el cierre del año. Se recomienda mantener el seguimiento periódico al avance del plan, priorizar las acciones críticas asociadas a los objetivos estratégicos y fortalecer los mecanismos de reprogramación oportuna de las actividades no ejecutadas, de manera que la tendencia ascendente observada se consolide y se traduzca en resultados tangibles para la entidad.

Ilustración 3 Direccionamiento estratégico - desempeño en el cumplimiento PA- OE



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE

Finalmente, indicador *Cumplimiento de objetivos estratégicos*, se observa una evolución claramente positiva durante 2025: el resultado pasa de 5,63 % en marzo (4 metas cumplidas) a 33,80 % en junio (24 metas) y llega a 42,25 % en septiembre (30 metas). A partir del segundo trimestre el desempeño supera la meta de referencia del 24 %, lo que evidencia una mayor capacidad de ejecución del portafolio estratégico y un avance progresivo en la materialización de las prioridades definidas en el PEI.

No obstante, el rezago del T1 y el hecho de que, pese al crecimiento, aún exista un número importante de objetivos por cumplirse, indican que la consolidación de resultados depende de mantener el ritmo de ejecución logrado a partir de junio. Es clave asegurar la trazabilidad entre metas y proyectos, reforzar el seguimiento trimestral y focalizar recursos en los objetivos de mayor impacto institucional, de

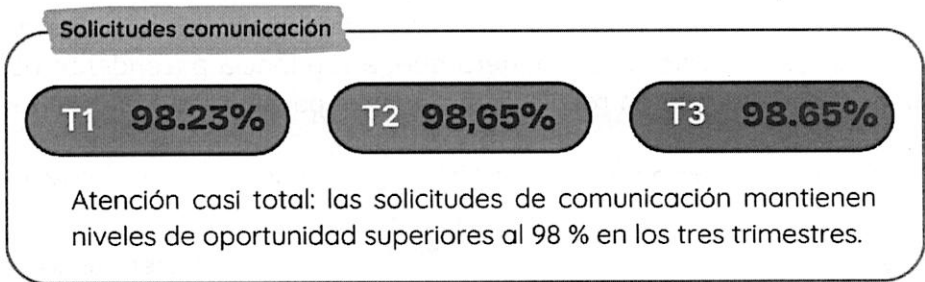
	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

manera que el incremento observado (4 ;24 y 30 metas logradas) se sostenga y cierre las brechas pendientes frente al total de compromisos estratégicos.

3.1.3. Gestión de Comunicaciones – GCM

El proceso de Gestión de Comunicaciones muestra un desempeño consistentemente alto en el indicador “*Respuesta oportuna a las solicitudes de comunicación interna y externa*” mantiene un desempeño *muy alto y estable*, aunque ligeramente por debajo de la meta del 100 %. En los tres cortes trimestrales se registra un cumplimiento entre 98,23 % y 98,65 %, coherente con la relación entre solicitudes recibidas y comunicaciones emitidas (111/113 en T1 y 146/148 en T2 y T3), lo que indica que prácticamente todas las peticiones se atienden dentro de los plazos definidos y que no existe rezago acumulado significativo.

Ilustración 4 Solicitudes de comunicación



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE

Sin embargo, el pequeño margen de incumplimiento sugiere la presencia de casos puntuales con demoras, posiblemente asociadas a picos de demanda, tiempos de validación de contenido o dependencia de terceros para aprobaciones finales. Se recomienda *identificar y caracterizar estos casos rezagados* (tipo de solicitud, dependencia origen, responsable de respuesta y tiempo adicional requerido) y ajustar los protocolos de seguimiento alertas tempranas, recordatorios automáticos y priorización de comunicaciones de alto impacto de manera que el proceso consolide el 100 % de oportunidad y refuerce su aporte a la imagen institucional, la transparencia y la confianza de los grupos de interés.

Número de seguidores de redes sociales

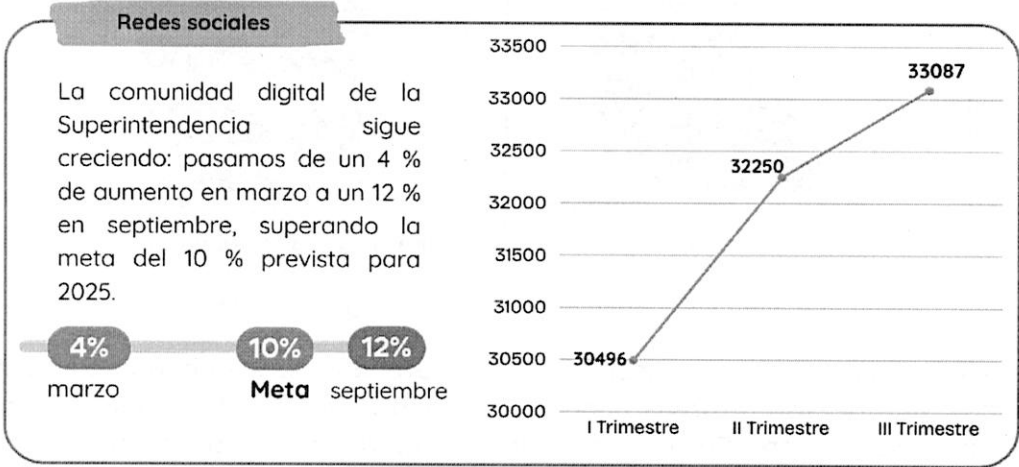
El indicador “*Número de seguidores en redes sociales (%)*” muestra un crecimiento sostenido de la comunidad digital de la Supervigilancia. Frente a la línea base de 29.263 seguidores, el total acumulado aumenta a 30.496 en T1, 32.250 en T2 y 33.087 en T3, lo que equivale a variaciones aproximadas del 4 %, 10 % y 12 %, respectivamente.

En consecuencia, aunque en el primer trimestre el resultado (4 %) se ubicó por debajo de la meta del 10 % y fue clasificado como “Malo”, desde el segundo trimestre el crecimiento supera el umbral definido y al corte de septiembre se reporta un cumplimiento del 100 % con tendencia al alza. Para consolidar este desempeño se recomienda mantener y profundizar la estrategia de contenidos y

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

campañas segmentadas en redes sociales, y ajustar el registro del indicador (particularmente en T2, donde aparece “N.D.” pese a evidenciarse incremento en las cifras absolutas) para asegurar coherencia entre los datos y el análisis de cumplimiento.

Ilustración 5 Seguidores en Redes sociales



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE

3.1.4. Gestión de Mejora Institucional – GMI

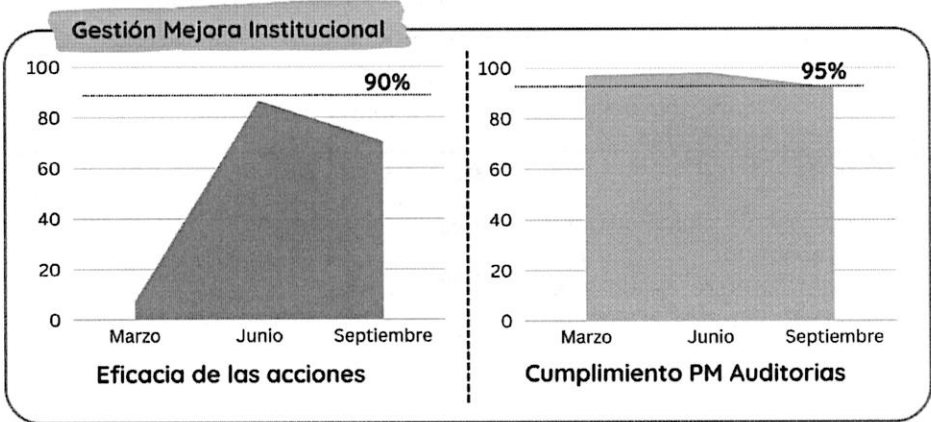
El proceso cuenta con cuatro indicadores de gestión, de los cuales 3 registraron comportamiento favorable dentro de lo esperado. Está pendiente de reporte el indicador “Eficacia del sistema de gestión de calidad” ya que se encuentra en proceso la recolección de información.

En este proceso se evidencian resultados sólidos en dos de los tres indicadores. El indicador de *salidas no conformes con tratamiento alcanza el 100 %*, por encima de la meta del 99 %, lo que refleja que las no conformidades identificadas cuentan con acciones de corrección y seguimiento efectivo. De igual forma, el *cumplimiento de los planes de mejoramiento de auditorías de calidad* se mantiene en niveles altos (97 %, 98 % y 92 % en los cortes trimestrales), con un cumplimiento global cercano al 97 %, lo que indica que la mayoría de las tareas programadas se están ejecutando y que las brechas detectadas por las auditorías se gestionan oportunamente.

En contraste, el indicador de *eficacia de las acciones para la gestión del riesgo y oportunidades* presenta un comportamiento más débil: aunque mejora significativamente entre el primer y el segundo trimestre, en el tercer corte se ubica en 70,45 %, por debajo de la meta del 90 %, clasificándose solo en nivel “Bueno”.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Ilustración 6 Gestión de Mejoramiento Institucional



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE

Esto sugiere que, si bien los riesgos se están atendiendo y se han implementado acciones, aún persisten tareas pendientes y oportunidades de mejora que no se capitalizan plenamente. En síntesis, el proceso muestra una buena capacidad para cerrar hallazgos (SNC y planes de mejoramiento), pero requiere fortalecer la efectividad de las acciones preventivas y de gestión de riesgos para lograr un equilibrio entre corrección y prevención.

3.1.5. Gestión del Servicio - GSP

El proceso de Gestión del Servicio evidencia brechas importantes en los tres indicadores que miden su desempeño: respuesta oportuna a PQRSD, satisfacción del usuario en los canales de atención y gestión de notificaciones. En conjunto, los resultados muestran una capacidad operativa tensionada, rezagos en el trámite de solicitudes ciudadanas y dificultades para garantizar tiempos de respuesta acordes con las exigencias normativas, lo que termina reflejándose en una valoración baja por parte de los usuarios. Aunque en notificaciones se observan señales recientes de recuperación, la distancia frente a las metas fijadas revela que la situación sigue siendo estructural y no meramente coyuntural

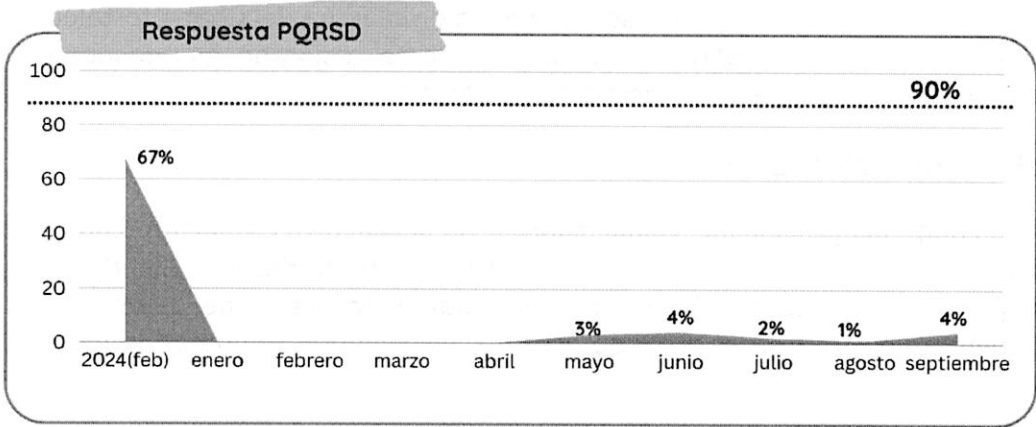
Respuesta Oportuna PQRSD

El indicador de *respuesta oportuna a PQRSD* se encuentra en estado crítico. Frente a una meta del 90 %, los valores mensuales se han mantenido en un rango entre 0 % y 7 %, y para el corte de septiembre apenas alcanza el 4 %, equivalente a un cumplimiento de 4,47 %.

El comentario operativo señala que solo en agosto ingresaron 730 PQRSD: 50 con respuesta en término, 167 extemporáneas, 292 vencidas y 226 aún sin respuesta pero dentro de los plazos. Esta distribución confirma la existencia de un stock acumulado de solicitudes no atendidas oportunamente, producto de múltiples factores: alta rotación de personal, ingreso de funcionarios nuevos en curva de aprendizaje, demoras en la contratación, ausencia de *Call Center* y Chat, y la ausencia prolongada del gestor documental.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Ilustración 7 Comportamiento Respuesta oportuna a PQRS



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

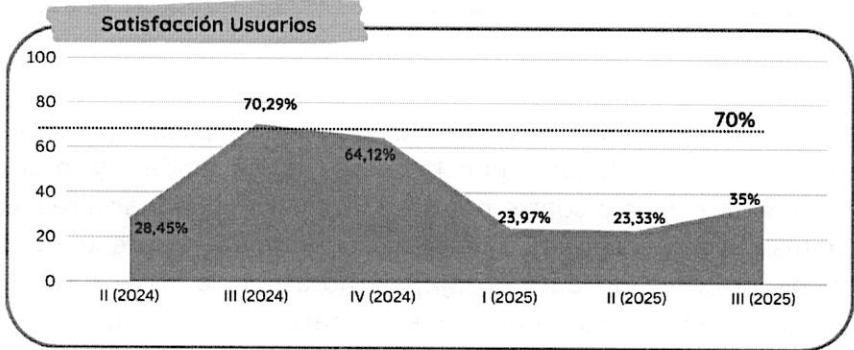
El resultado es un incumplimiento sistemático de los tiempos de ley y un riesgo reputacional relevante para la entidad; vulnera principios básicos de transparencia, participación ciudadana y control institucional. La gravedad del caso exigió una intervención inmediata mediante el plan de choque, priorizando la contratación, habilitación de canales de atención directa y recuperación del sistema documental.

Satisfacción del Usuario - Canales de atención

En el indicador de *satisfacción del usuario – canales de atención*, la meta de 70 % está lejos de cumplirse. Los resultados son 23,97 % en marzo, 23,33 % en junio y 35 % en septiembre; aunque se observa una ligera mejoría en el último corte, el nivel sigue siendo bajo y se mantiene en zona de insatisfacción. Los análisis del proceso señalan como causas la ausencia de Chat, la sobrecarga del correo institucional de contacto, la rotación permanente del personal, la falta de funcionamiento de la sede electrónica y la inexistencia de un gestor documental operativo durante gran parte del periodo.

Todo esto genera demoras, reprocesos y respuestas tardías, lo que se traduce directamente en una mala percepción del servicio.

Ilustración 8 Resultados satisfacción de Usuarios en Canales de atención



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

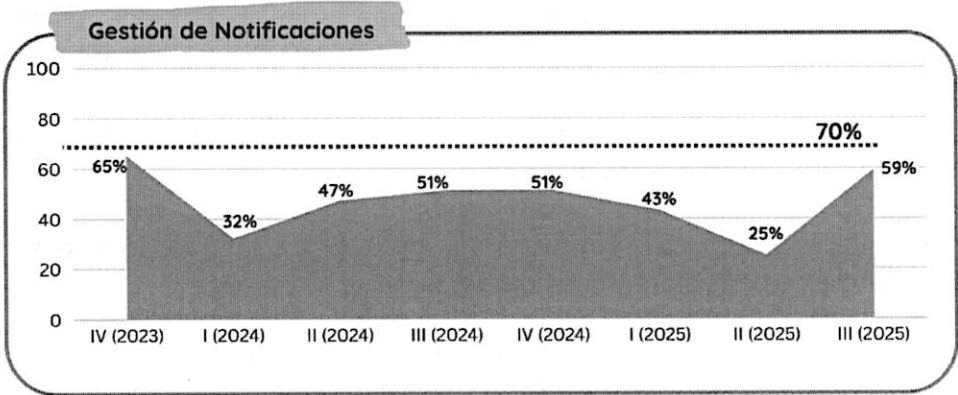
Lo anterior se encuentra documentado en el soporte adjunto al indicador, en el que se detallan los efectos sobre los tiempos de respuesta y las acciones propuestas (contratación de personal, puesta en marcha del Chat y fortalecimiento del seguimiento a PQRSD), reforzando que este resultado es consecuencia de problemas estructurales y no de hechos aislados.

Gestión de Notificaciones

El indicador de *gestión de notificaciones* presenta un comportamiento mixto y estructuralmente inestable. Parte de un 51 % en enero, desciende a 43 % en abril y llega a un mínimo de 25 % hacia el segundo trimestre de 2025, para luego recuperarse a 59 % en el corte de octubre, todavía por debajo de la meta del 70 %.

Si se observa la serie histórica 2023-2025, se confirma esa volatilidad: después de un 65 % en el IV trimestre de 2023, el indicador cae a 32 % en el T1 de 2024, luego se recupera gradualmente (47 % y 51 % en II y III de 2024), vuelve a estabilizarse en 51 % en el IV de 2024 y, ya en 2025, retoma la senda descendente hasta tocar el piso de 25 %, antes de la mejora reciente al 59 %. Es decir, la recuperación del último corte mejora el nivel de cumplimiento relativo (84,36 % frente a la meta), pero en términos de gestión aún implica que aproximadamente 4 de cada 10 actos administrativos no se están notificando en los tiempos definidos, lo que mantiene una brecha relevante y un riesgo operativo y jurídico para la entidad.

Ilustración 9 Resultados gestión de notificaciones



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

Los comentarios del proceso y el soporte al indicador explican que este desempeño está fuertemente condicionado por factores de capacidad y organización: el proceso se ejecuta con solo cuatro notificadores para gestionar alrededor de 3.500 actos administrativos, con alta rotación de personal, ingreso de funcionarios nuevos en plena curva de aprendizaje, demoras en la contratación y una falla prolongada del gestor documental desde marzo, que impide un seguimiento oportuno de las actuaciones.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO –COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Estos elementos generan represamientos, reprocesos y notificaciones fuera de término, además de incrementar la carga sobre el equipo y dificultar la trazabilidad de los actos. El plan de choque que incluye distribución de cargas por grupos, seguimiento más cercano a las notificaciones asignadas y acciones específicas para estabilizar el proceso; aunque ha contribuido al mejoramiento de la meta, mientras no se resuelvan los cuellos de botella de fondo: dimensionamiento adecuado del equipo, reducción de la rotación, normalización del gestor documental y consolidación de las rutinas de seguimiento el riesgo de que el indicador vuelva a deteriorarse en los siguientes periodos sigue siendo alto y limita la posibilidad de alcanzar y sostener la meta del 70 % en el mediano plazo.

3.2. RESULTADOS PROCESOS MISIONALES

Tabla 3 Resultados de procesos misionales

N.	PROCESO	INDICADOR	META	I TRIM	II TRIM	III TRIM
13	Gestión de Control, Inspección y Vigilancia	Estudios de fondo elaborados	50	5,49	100	ND
14		Cumplimiento en la gestión de los procesos sancionatorios	90	72,83	61,17	285,83
15		Cumplimiento en la respuesta de quejas	90	34,83	51,19	19,6
16		Cumplimiento de las visitas de inspección	80	95,24	32,2	55
17	Gestión de la Operación	Servicio no conforme	2	16	NR	NR
18		Efectividad del servicio operaciones	35	6,99	NR	NR

Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

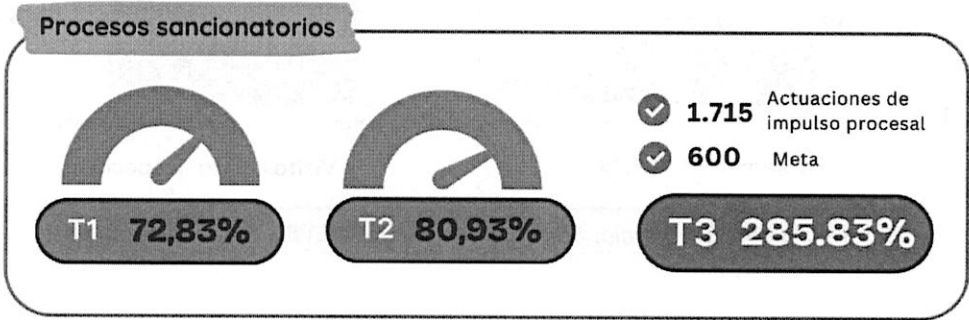
3.2.1. Gestión de Control, Inspección y Vigilancia – GCI

El proceso cuenta con cuatro indicadores de gestión reportados de manera correcta y completa, incluyendo el respectivo análisis.

Cumplimiento en la Gestión de los Procesos Sancionatorios

El indicador *Cumplimiento en la gestión de los procesos sancionatorios* presenta un comportamiento fuertemente creciente a lo largo del año: parte de 72,83 en el primer trimestre (cumplimiento de 80,93 % frente a la meta de 90), desciende a 61,17 en el segundo trimestre (67,96 % de cumplimiento) y luego registra un salto muy significativo hasta 285,83 en el tercer trimestre, con 100 % de cumplimiento y una clara sobre ejecución respecto a la meta programada.

Ilustración 10. Cumplimiento trimestral de procesos sancionatorios



	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

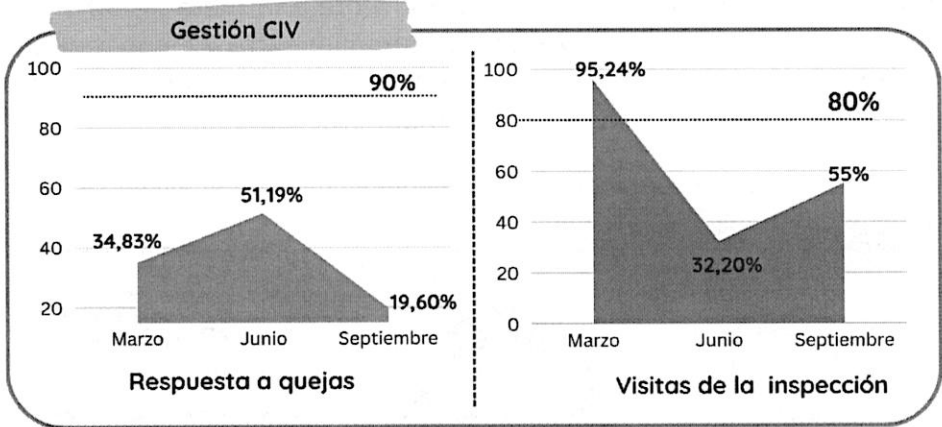
Según los comentarios del proceso, en el tercer trimestre de 2025 el Grupo de Sanciones de la Delegatura de Control gestionó 1.715 actuaciones de impulso procesal, superando ampliamente la meta de 600 actuaciones previstas, impulsado principalmente por la atención de 1.589 comunicaciones preliminares remitidas por la Dirección Financiera, lo que explica el valor tan elevado del indicador.

Desde la perspectiva de gestión, el resultado del tercer trimestre es muy positivo pero también plantea retos: evidencia que el equipo tiene la capacidad operativa y técnica para absorber picos de demanda y avanzar de forma importante en etapas clave del trámite sancionatorio, pero el contraste con el desempeño del segundo trimestre muy por debajo de la meta sugiere que la productividad depende fuertemente de factores externos como el flujo de reportes, la disponibilidad de información y la organización interna de las cargas de trabajo. En consecuencia, el propio análisis del área recomienda establecer rutas claras de priorización, fortalecer el equipo técnico y asegurar los recursos necesarios para mantener un equilibrio sostenible entre procesos activos y nuevos requerimientos; estratégicamente, la prioridad debe ser consolidar estas buenas prácticas para evitar que la sobre ejecución puntual se convierta en una sobrecarga estructural y garantizar que el nivel de cumplimiento alcanzado sea sostenible en el tiempo.

Cumplimiento en la Respuesta de Quejas

El indicador de *cumplimiento en la respuesta de quejas* presenta un desempeño crítico frente a la meta del 90 %. Tras un comportamiento inicial de 34,83 % y una leve mejora a 51,19 % en el segundo trimestre, el valor cae a 19,60 % al cierre de septiembre, con un cumplimiento acumulado de solo 21,78 % y clasificación “Malo”. Este resultado evidencia una brecha estructural en la capacidad de respuesta del grupo, con impacto directo en la percepción ciudadana sobre la oportunidad y eficacia del trámite de quejas y en el riesgo operativo asociado a la acumulación de casos pendientes.

Ilustración 11 Cumplimiento a respuesta a quejas y Visitas de Inspección



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

De acuerdo con el análisis del proceso, en el tercer trimestre se presentó un *alto volumen de radicaciones*, especialmente en agosto (263 quejas recibidas), que no pudo ser absorbido con la capacidad actual de recurso humano, generando acumulación de casos, limitación para el trámite oportuno y necesidad de reforzar mecanismos de atención en periodos de alta demanda. Como respuesta, se ha previsto un conjunto de acciones orientadas a la mejora progresiva del indicador: redistribución estratégica de cargas de trabajo, fortalecimiento del equipo técnico responsable del trámite, implementación de herramientas de seguimiento para anticipar rezagos y ajuste de la planeación mensual de respuesta. Estas medidas buscan incrementar gradualmente la capacidad de trámite, reducir el inventario de quejas rezagadas y encaminar el comportamiento del indicador hacia el cumplimiento de la meta institucional.

Cumplimiento de las Visitas e Inspección

Por su parte, El indicador de *cumplimiento de las visitas de inspección* muestra un comportamiento descendente con leve recuperación: pasa de 95,24 % en el primer trimestre (100 % de la meta) a 32,20 % en el segundo y cierra en 55 % en el tercero, aún por debajo del objetivo anual del 80 %. De las 60 visitas previstas solo se realizaron 33 (4 a prestadores no autorizados, 1 de instalaciones y medios, 9 extraordinarias y 19 ordinarias), quedando pendientes 27 inspecciones cuya no ejecución se asocia a fallas recurrentes del gestor documental, dificultades para consultar expedientes, tiempos de preparación de visitas, cambios de coordinación y falta de personal de planta. Aunque se han planteado acciones como gestionar apoyos temporales de personal, fortalecer documentalmente al grupo y ajustar la planeación de la meta, mientras estos cuellos de botella estructurales no se resuelvan, la capacidad real de inspección seguirá limitada y con riesgo de nuevos incumplimientos.

3.2.2. Gestión de la Operación – GOP

En el proceso de Gestión de la Operación no se cuenta con información actualizada para el trimestre analizado en ninguno de los dos indicadores (Servicio no conforme y Efectividad del servicio operaciones), manteniéndose la misma situación de no reporte observada en el periodo anterior. Esto implica que el único referente disponible sigue siendo los resultados del primer trimestre de 2025 (16 % de servicios no conformes frente a una meta de 2 % y 6,99 % de efectividad frente a una meta de 35 %), los cuales ya evidenciaban un desempeño crítico. La ausencia de nuevos datos impide valorar si se han implementado acciones correctivas o de mejora y limita la capacidad de la entidad para hacer seguimiento técnico a la gestión de la operación, por lo que se requiere priorizar la medición oportuna de estos indicadores y la articulación con las áreas responsables para garantizar su reporte periódico.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.3. RESULTADOS PROCESOS DE APOYO

Tabla 4 Resultados de procesos de apoyo

N.	PROCESO	INDICADOR	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP
20	Gestión Administrativa	Mantenimiento de Infraestructura	100			100			100			300
21		Mantenimiento de vehículos	100			100			100			100
22		Oportunidad en el suministro de bienes de consumo y devolutivos	100			100			100			100
23		Austeridad del gasto	10			-8,13			12,12			-2,93
24	Gestión Contractual	Cumplimiento en el trámite de certificaciones	90	82	100	100	100	100	35	100	ND	100
25		Adjudicación de procesos por convocatoria pública	95			100			100			100
26		Contratación oportuna de la modalidad directa	7			2			1			1
27	Gestión de Sistemas e Información	Cumplimiento presupuestal proyectos PETI	100,00									
28		Porcentaje de avance en cumplimiento de entregables de los proyectos activos del PETI	100									
29		Indicador de cumplimiento de los acuerdos de niveles de servicio (ANS)	100	93,45	86,60	77,03	21,28	38	65,56	74,56	89,00	49,35
30		Servicios de soporte	100	100	86,60	77,03	100	38	65,56	74,56	89,00	49,35
31		Indicador de disponibilidad de los sistemas de información	100			87,64			85,26			85,69
32	Gestión del Talento Humano	Eficacia en la capacitación	80						NR			
33		Efectividad en la capacitación	90						100			
34		Satisfacción de actividades realizadas plan de bienestar	99						NR			
35		Tasa de rotación de personal	10						4			
36		Eficacia en la ejecución de actividades plan de bienestar	90						80			
37		Novedades tramitadas	98						100			
38	Gestión Documental	Transferencias primarias	100	100			100			100		
39	Gestión Financiera	Ejecución presupuestal	25	10,02	5,92	7,70	7,70	40,43	45,51	31,96	35,68	41,86
40		Recaudo contribución	0			0			8,35			97,54
41	Gestión Jurídica	Fallos a favor de la entidad	90						100			
42		Atención de los recursos de reposición y apelación	80			45,67			125,71			33,33
43		Defensa judicial	80			NR			50			100
44		Cartera recaudada	10			16			8			0
45	Gestión Procesos Disciplinarios	Atención de procesos disciplinarios	20			3,83			5,74			15,73

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUENA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

N.	PROCESO	INDICADOR	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP
46		Atención de los procesos disciplinarios	10	9			4			6		
47		Cantidad de procesos impulsados por profesional	50	13,36			4,67			2		

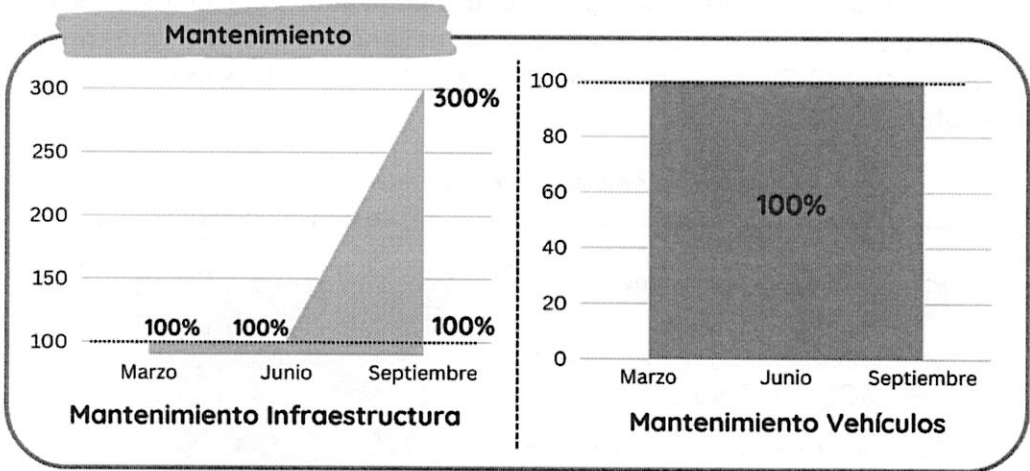
Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

3.3.1. Gestión Administrativa – GAD

En el proceso de Gestión Administrativa se observa un desempeño heterogéneo de sus cuatro indicadores: *mantenimiento de infraestructura* y *mantenimiento de vehículos* muestran un cumplimiento sostenido y superior a la meta anual (con registros trimestrales del 100 % e incluso acumulados de 300 % en el caso de infraestructura), lo que evidencia una gestión preventiva y correctiva oportuna sobre los activos físicos. De igual forma, el indicador de *oportunidad en el suministro de bienes de consumo y devolutivos* mantiene valores en torno al 100 %, reflejando capacidad para atender los requerimientos internos sin afectar la operación. En contraste, el indicador de *austeridad del gasto* presenta un comportamiento inestable, con resultados que oscilan entre valores negativos y positivos respecto a la meta, lo que sugiere dificultades para consolidar una senda consistente de contención y uso eficiente de los recursos, a pesar del buen desempeño alcanzado en los frentes de mantenimiento y abastecimiento.

Mantenimiento de Infraestructura

Ilustración 12 Mantenimiento de infraestructura y Vehículos



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

El indicador Mantenimiento de infraestructura muestra un desempeño sobresaliente, con cumplimiento del 100 % en los tres cortes del año y un aumento del valor reportado hasta 300 % en el tercer trimestre, lo que evidencia que se triplicó la cantidad de actividades de mantenimiento frente al estándar definido. Este resultado refleja una gestión preventiva y correctiva activa sobre activos críticos: se ejecutaron intervenciones en la trampa de grasas de la cafetería (mitigando riesgos de obstrucciones y problemas sanitarios), en el sistema de aire acondicionado del Data Center y en la UPS del Piso 3 (reduciendo riesgos de

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

sobrecalentamiento, interrupciones de energía y pérdida de datos). La tendencia consolidada indica que el área no solo cumple de manera sostenida la meta, sino que está fortaleciendo la confiabilidad operativa de la sede, siempre que se mantenga la frecuencia de mantenimiento y el seguimiento documental de estas intervenciones.

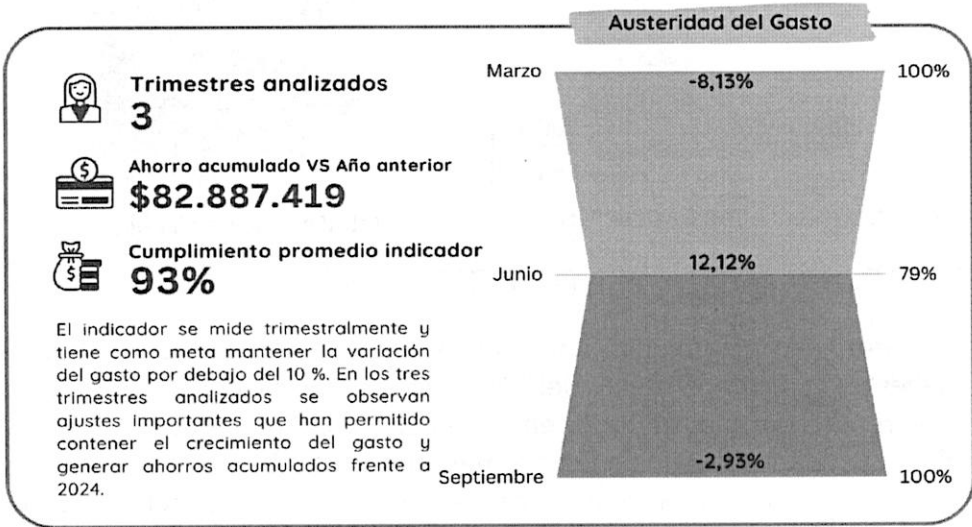
Mantenimiento de Vehículos

El indicador de *Mantenimiento de Vehículos* mantiene un desempeño sostenido del 100 % de cumplimiento en los tres trimestres observados, lo que evidencia que el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la flota se ha ejecutado en su totalidad según lo programado. Este comportamiento estable contribuye a asegurar la disponibilidad operativa de los vehículos para las labores misionales y de apoyo administrativo, reduce el riesgo de averías imprevistas y evita sobrecostos asociados a reparaciones mayores, por lo que resulta clave sostener el mismo nivel de seguimiento y programación para los próximos periodos.

Austeridad del Gasto

El indicador de austeridad del gasto muestra tres momentos bien diferenciados. En el T1 se ejecuta un gasto 7,5–8 % menor que el del mismo periodo del año anterior (de \$249,2 mil millones a \$230,4 mil millones), lo que cumple la meta de $\pm 10\%$ y evidencia un ajuste controlado del gasto. En el T2 el recorte se profundiza hasta alrededor del 12 % (de \$425,3 mil millones a \$373,8 mil millones), saliéndose del rango meta: allí el cumplimiento baja a 78,84 %, señal de que la contención del gasto fue más agresiva de lo planificado. Para el T3 la brecha se reduce a cerca del 3 % (de \$443,2 mil millones a \$430,5 mil millones), recuperando el 100 % de cumplimiento y estabilizando la senda de ejecución presupuestal.

Ilustración 13 Indicador de austeridad del gasto



Desde la perspectiva de gestión, este comportamiento sugiere que la entidad sí está aplicando criterios de austeridad, pero con una curva de ajuste poco homogénea: se aprieta más de la cuenta en el segundo trimestre y luego se corrige en el tercero. Esto puede estar asociado a demoras en compromisos y obligaciones, reprogramaciones de contratos o decisiones de contención inicial mientras se clarifican techos presupuestales y disponibilidades de caja. Estratégicamente, el mensaje es doble: por un lado, se evidencia capacidad para mantener el gasto por debajo del histórico, pero por otro, se hace necesario afinar la programación y el seguimiento trimestral para que la austeridad no derive en subejecución o en concentrar giros hacia el final del año, lo que incrementa riesgos operativos y limita la capacidad de priorizar gasto en proyectos misionales.

Oportunidad en el suministro de bienes de consumo y devolutivos

Para este indicador, los resultados muestran un cumplimiento del 100 % de la meta en los tres trimestres, lo que significa que todos los pedidos registrados fueron atendidos dentro del período (13 en el T1, 87 en el T2 y 69 en el T3).

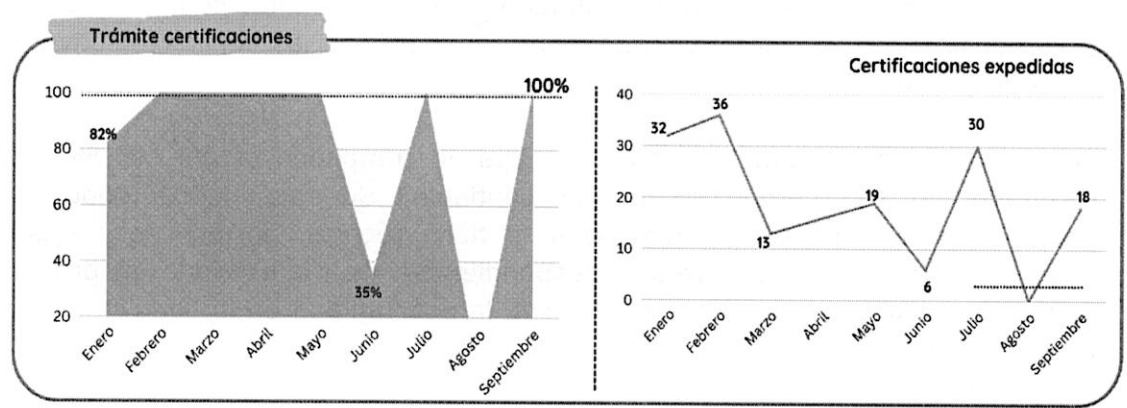
Sin embargo, el volumen de solicitudes es muy desigual: el grueso de la demanda se concentra en el segundo y tercer trimestre, mientras que en el primero es marginal. Esto sugiere que, aunque la oportunidad de atención es óptima, el proceso de planeación y programación de compras podría mejorar para evitar picos de requerimientos y garantizar una distribución más homogénea en el año, reduciendo riesgos de desabastecimiento puntual, sobrecarga operativa de la dependencia encargada y posibles tensiones presupuestales asociadas a la concentración del gasto en ciertos períodos.

3.3.2. Gestión Contractual – GCO

El proceso cuenta con 3 indicadores, uno de cumplimiento mensual y dos de cumplimiento trimestral.

Cumplimiento en el Trámite de Certificaciones

Ilustración 14 Cumplimiento Certificaciones



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El indicador de cumplimiento en el trámite de certificaciones muestra un desempeño mayoritariamente sobresaliente durante 2025, con valores iguales o superiores a la meta del 90 % en casi todos los meses (100 % en febrero, marzo, abril, mayo, julio y septiembre) y cierre del trimestre con 100 %, clasificado como “Excelente”. En el corte de septiembre se registraron 18 certificaciones solicitadas y las 18 fueron atendidas dentro de los términos, lo que evidencia capacidad de respuesta oportuna y consistencia en el procedimiento cuando la carga de trabajo está bien gestionada. Este desempeño fortalece la credibilidad institucional, consolida buenas prácticas administrativas y eleva el estándar de servicio, generando confianza tanto interna como externa.

No obstante, el comportamiento revela un punto crítico en junio, cuando el indicador cayó al 35 %, asociado a un desbalance entre certificaciones solicitadas y expedidas en tiempo, originado según el proceso por una contingencia en el proceso de contratación y la falta de personal en el grupo de contratación. Como medida correctiva, desde julio de 2025 se asignó personal dedicado a la emisión de certificaciones, lo que permitió recuperar y mantener el 100 % de cumplimiento.

Para asegurar la sostenibilidad de estos resultados, es clave preservar las condiciones que los soportan, capacidad de respuesta, cumplimiento estricto de protocolos y uso eficaz de los canales establecidos y dejar explícitas acciones preventivas (planes de reemplazo, redistribución de carga y seguimiento periódico al rezago) que eviten que contingencias similares vuelvan a afectar la oportunidad en la atención.

Contratación Oportuna de la Modalidad Directa

El indicador de Contratación oportuna de la modalidad directa presenta inconsistencias que impiden valorar con certeza el desempeño del proceso. En los trimestres analizados, la variable “Sumatoria de cada contrato (fecha firma – fecha solicitud)” registra exactamente el mismo valor que “Total de contratos firmados”, lo que sugiere un error de diligenciamiento y distorsiona el cálculo real de los días de trámite por contrato. Adicionalmente, no se cuenta con los soportes documentales en el aplicativo que permitan verificar las fechas efectivas de solicitud y firma.

En este contexto, aunque el tablero reporta un cumplimiento del 100 %, dicho resultado no es metodológicamente confiable. Se recomienda depurar la información del indicador conforme a la ficha técnica, corregir los registros históricos y cargar los soportes correspondientes, de manera que en próximos cortes sea posible evaluar de forma válida la oportunidad en la contratación por modalidad directa.

3.3.3. Gestión de Sistemas e Información – GSI

El proceso cuenta con 5 indicadores de los cuales, 2 son de medición anual y por tanto no cuentan con medición para este corte.

Página 20 de 34

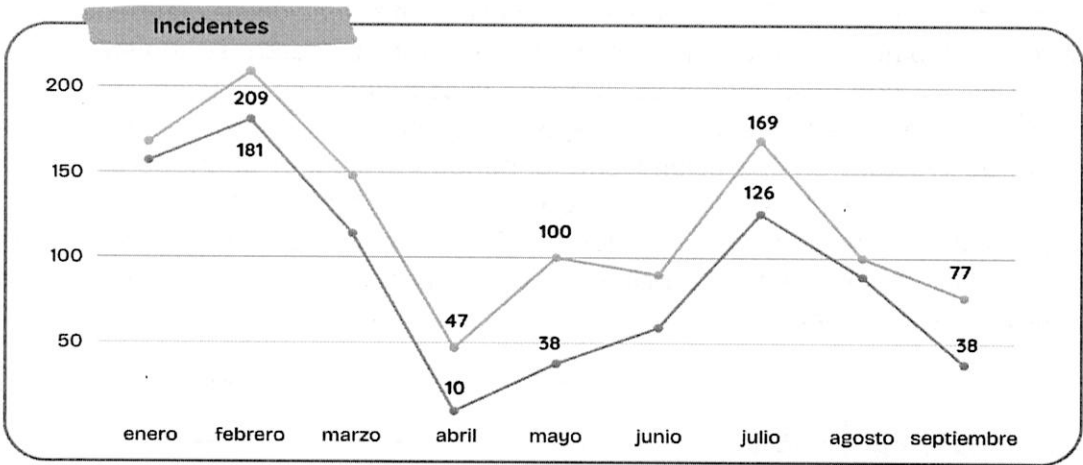
	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio - ANS

El indicador de cumplimiento de los acuerdos de niveles de servicio (ANS) presenta un comportamiento crítico durante 2025: la meta es del 100 % y en ningún mes se alcanza este valor, con caídas severas en abril (21,28 %), mayo (38,00 %) y septiembre (49,35 %).

Estos bajos porcentajes reflejan la brecha entre las solicitudes de servicio recibidas y las atendidas dentro del tiempo acordado: por ejemplo, en abril solo se gestionaron oportunamente 10 de 47 incidentes, y en septiembre 38 de 77. Aunque se observa una recuperación progresiva entre junio y agosto (65,56 %, 74,56 % y 89,00 %, respectivamente) el desempeño global del indicador sigue por debajo del estándar esperado y evidencia una capacidad de respuesta aún inestable de la Mesa de Servicios.

Ilustración 15 Solicitudes de servicio - Incidentes

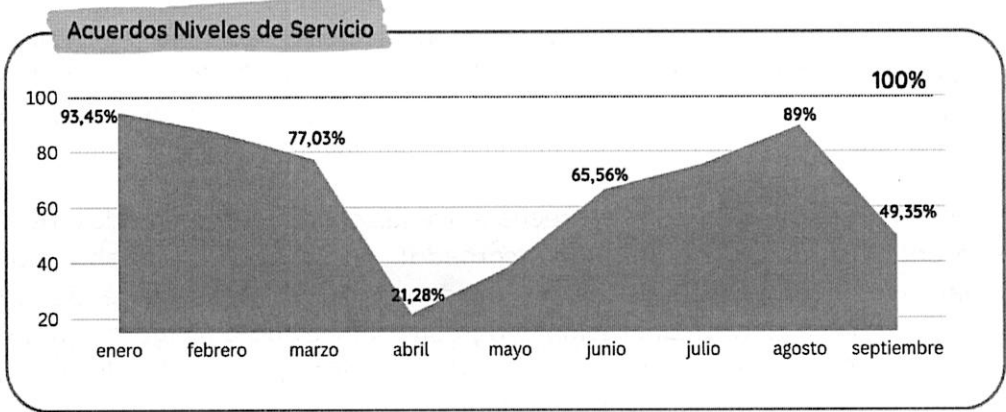


Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

De acuerdo con el análisis del proceso, este comportamiento está asociado a deficiencias en el seguimiento de los tiempos definidos en los ANS, alta dependencia de procesos manuales para la gestión y cierre de tickets y un uso limitado de mecanismos de monitoreo en tiempo real, lo que deriva en acumulación de solicitudes, retrasos recurrentes y riesgo para la continuidad y calidad del servicio. Para revertir esta situación, el proceso plantea acciones orientadas a redistribuir la carga de trabajo entre los ingenieros, implementar alertas automáticas y mecanismos de escalamiento temprano, desarrollar tableros de control con métricas en tiempo real y fortalecer las competencias técnicas del equipo de soporte, evaluando incluso la necesidad de ampliar el recurso humano disponible.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Ilustración 16 Cumplimiento de los ANS

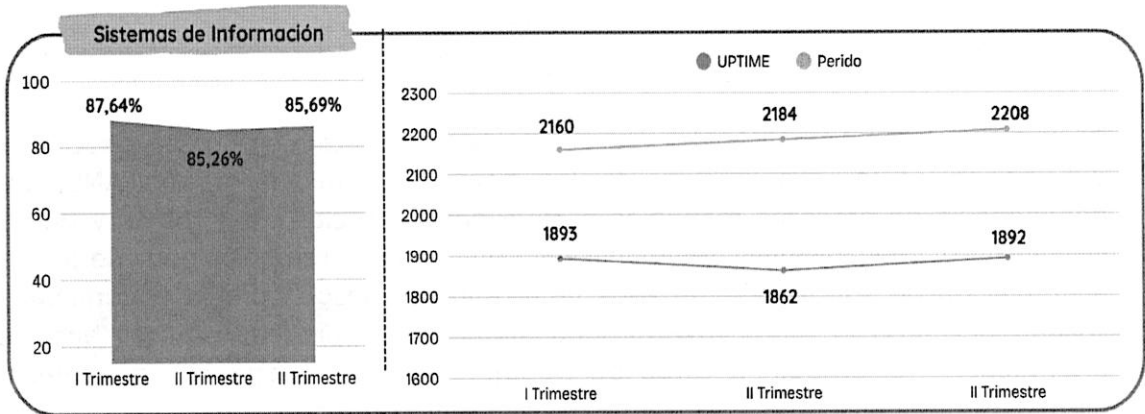


Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

Disponibilidad de los Sistemas de Información

El indicador de *disponibilidad de los sistemas de información* se mantiene estable, pero por debajo de la meta del 100 %. En el primer trimestre se registra un valor de 87,64 %, que desciende a 85,26 % en el segundo y se recupera levemente a 85,69 % en el tercero. Estos porcentajes se explican por la relación entre el tiempo de infraestructura en operación frente al periodo evaluado: de 2.160 unidades de tiempo posibles en T1 se alcanzan 1.893, en T2 se disponen 1.862 de 2.184 y en T3, 1.892 de 2.208. Es decir, aunque la infraestructura se mantiene disponible en más del 85 % del tiempo, persiste un déficit cercano a 14–15 puntos frente al objetivo institucional.

Ilustración 17 Disponibilidad de los Sistemas de Información



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

En términos de gestión, el comportamiento refleja que los sistemas ofrecen un nivel de servicio aceptable, pero con *brechas estructurales de continuidad*: los pequeños descensos y recuperaciones entre trimestres indican que no se trata de un evento aislado, sino de reincidencias en ventanas de indisponibilidad (caídas de servicio, mantenimientos correctivos prolongados, fallas de infraestructura, etc.).

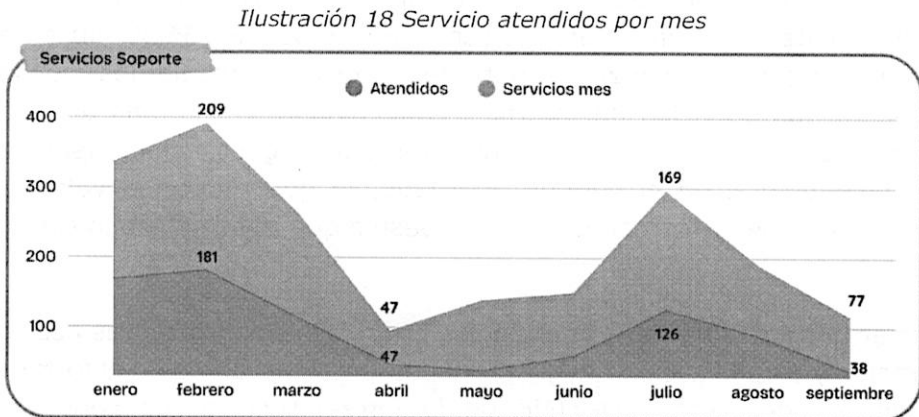
Para cerrar la brecha con la meta se recomienda fortalecer el monitoreo en tiempo real y la analítica de incidentes, programar mantenimientos preventivos en

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

horarios de bajo impacto, revisar la capacidad y redundancia de la infraestructura crítica y definir acuerdos de niveles de servicio internos que limiten la duración máxima de las interrupciones. Esto permitiría convertir la estabilidad actual en alta disponibilidad sostenida y alineada con el 100 % esperado.

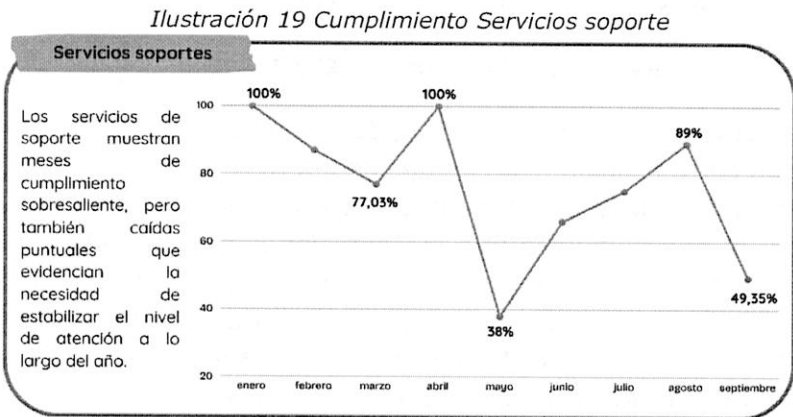
Servicios Soporte

El indicador de *Servicios de soporte* presenta un comportamiento marcadamente volátil frente a la meta del 100 %. En el año solo se alcanzan niveles de cumplimiento “Excelente” en enero, abril y octubre (100 %, 100 % y 99,42 %), mientras que en los demás meses el resultado se mantiene por debajo del umbral. Destacan las caídas severas de mayo (38 %) y septiembre (49,35 %), que rompen cualquier posibilidad de estabilidad y evidencian una operación fuertemente expuesta a cuellos de botella y rezagos en la atención.



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

Entre junio y agosto se observa una recuperación parcial 65,56 %, 74,56 % y 89 %, que indica capacidad de reacción del proceso, pero insuficiente para consolidar una mejora sostenida. El patrón mensual muestra que la Mesa de Servicios responde de manera reactiva a los picos de demanda: cuando se incrementa el volumen de solicitudes, el cumplimiento se deteriora de forma significativa; cuando se prioriza el despeje de tickets, el indicador repunta, pero sin cerrar de manera definitiva las brechas estructurales de la operación.



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Las causas reportadas son consistentes con este comportamiento: deficiencias en el seguimiento de tiempos de respuesta, procesos manuales y poco estandarizados en la gestión y cierre de tickets, y limitado uso de mecanismos de monitoreo y control en tiempo real. Para que el buen resultado de octubre se mantenga y se convierta en tendencia, es clave acelerar las acciones correctivas definidas por el proceso: redistribución de carga entre ingenieros, automatización de alertas y escalamiento temprano, implementación de tableros de control en tiempo real y fortalecimiento de competencias técnicas del equipo. Sin estos ajustes, el indicador seguirá reflejando avances puntuales, pero no un servicio de soporte maduro, predecible y alineado con los acuerdos de nivel de servicio.

Disponibilidad de los Sistemas de Información

Por último, se analiza el indicador de disponibilidad de los sistemas de información se mantiene estable en un rango alto (entre 85,26 % y 87,64 %) durante los tres trimestres, aunque sin alcanzar la meta del 100 %. Los resultados muestran que, en promedio, los servicios de internet, conectividad y sistemas de información operan al 100 % de disponibilidad, mientras que el gestor documental presenta indisponibilidad total en el periodo analizado, lo que reduce el valor global del indicador hasta niveles cercanos al 86 %, pese a que el semáforo lo clasifica como “Excelente”.

Para cerrar la brecha frente a la meta, es prioritario concentrar las acciones en la recuperación y estabilización del gestor documental, así como en el fortalecimiento del monitoreo del tiempo UPTIME de la infraestructura. La consolidación de tableros en tiempo real, esquemas de redundancia y seguimiento más fino a mantenimientos y fallas permitiría mejorar la continuidad del servicio y acercar la disponibilidad global a los estándares esperados por la Entidad.

3.3.4. Gestión de Talento Humano – GTH

El proceso cuenta con 6 indicadores de gestión los cuales tienen una frecuencia de medición semestral. En consecuencia, el presente informe de seguimiento correspondiente al III trimestre no aplica para el análisis de este proceso, dado que sus resultados solo se consolidan y reportan al cierre de cada semestre.

3.3.5. Gestión Documental – GDO

El proceso cuenta con 1 indicador *Trasferencias primarias* se evalúa de forma trimestral, con cortes iniciando en el mes de enero (enero, abril y julio). En los dos primeros cortes del año el desempeño es óptimo, con cumplimiento del 100 % en enero y abril, lo que evidencia que las remisiones programadas hacia el archivo central se ejecutaron en su totalidad (7/7 y 2/2 transferencias realizadas). Sin embargo, para el corte de julio el resultado se reduce a 66,67 %, dado que solo se efectuaron 2 de las 3 transferencias programadas, lo que refleja un rezago puntual en la gestión del volumen documental acumulado.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Este incumplimiento se asocia con la alta acumulación de documentos en las dependencias, la presión sobre el espacio físico disponible y la necesidad de fortalecer la aplicación sistemática de las Tablas de Retención Documental y de las normas de archivo. En consecuencia, resulta prioritario consolidar un plan anual de transferencias primarias con programación detallada por dependencias, asignación clara de responsabilidades y seguimiento mensual, así como reforzar la capacitación del personal en organización, clasificación y alistamiento de series documentales, de manera que se garantice la ejecución oportuna de todas las transferencias programadas y se reduzcan riesgos sobre la integridad y disponibilidad de la información.

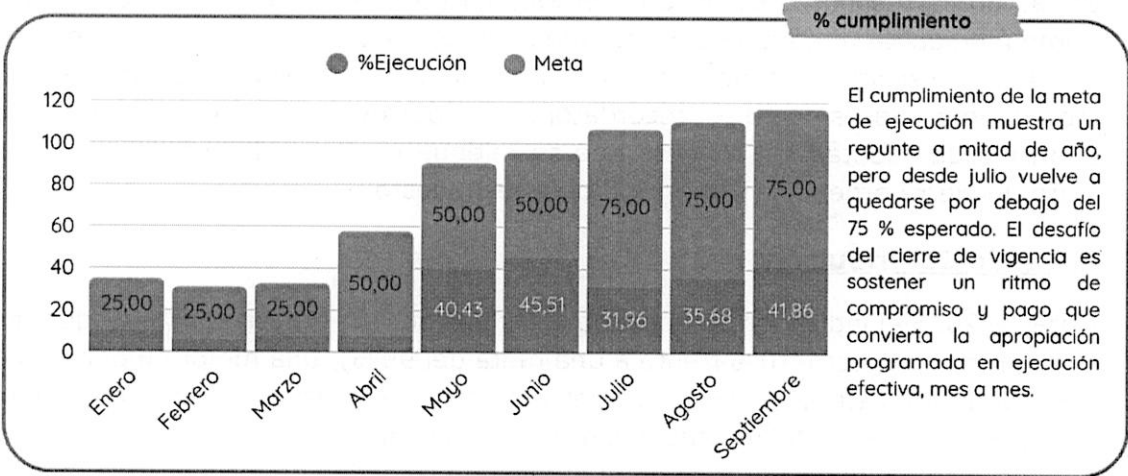
3.3.6. Gestión Financiera - GFI

El proceso cuenta con dos indicadores, el primero de "Ejecución presupuestal" con frecuencia de medición mensual y el segundo "Recaudo contribución" medido trimestralmente.

Ejecución Presupuestal

Este indicador muestra un comportamiento irregular entre enero y septiembre. El primer trimestre presenta una ejecución muy por debajo de la meta (valores entre 5,92 % y 10,02 % frente a un objetivo del 25 %), lo que evidencia un arranque lento del gasto. A partir de mayo se observa un repunte importante (40,43 % en mayo y 45,51 % en junio, con cumplimiento de 91,02 % frente a la meta del 50 %), pero en el tercer trimestre la dinámica vuelve a desacelerarse: julio (31,96 %), agosto (35,68 %) y septiembre (41,86 %) se sitúan muy por debajo de la meta del 75 %, aunque con una tendencia levemente creciente entre julio y septiembre.

Ilustración 20 Porcentaje de cumplimiento en la ejecución



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

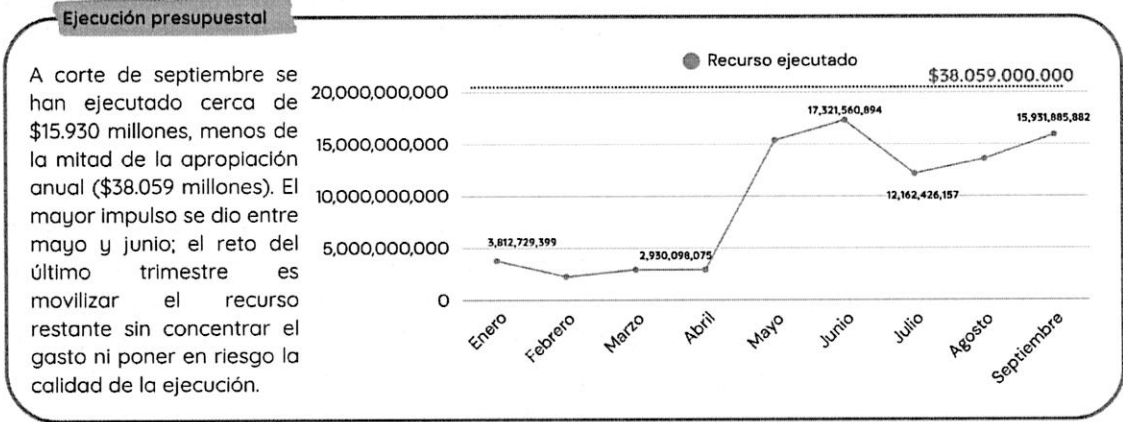
El análisis de la apropiación frente al recurso ejecutado confirma esta brecha: a septiembre se han comprometido alrededor de 15,9 mil millones de pesos de una apropiación total de 38,059 mil millones, lo que implica que para el cierre de vigencia debe ejecutarse cerca del 60 % del presupuesto en el último trimestre.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Esta concentración del gasto en los meses finales aumenta el riesgo de cuellos de botella operativos, reprocesos y posibles rezagos en la materialización de bienes y servicios, con impacto directo en el cumplimiento de metas institucionales.

Desde la perspectiva de planeación y control, el comportamiento descrito sugiere que la programación de compromisos y obligaciones no se está distribuyendo de forma homogénea durante la vigencia. Resulta necesario fortalecer la articulación entre la programación físico-financiera del POAI y el calendario de contratación, compras y demás instrumentos de ejecución, de modo que los responsables de proyectos y actividades incorporen hitos trimestrales de compromiso y pago que eviten la acumulación de recursos sin ejecutar hacia el final del año.

Ilustración 21 Ejecución presupuestal vs Apropiación



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

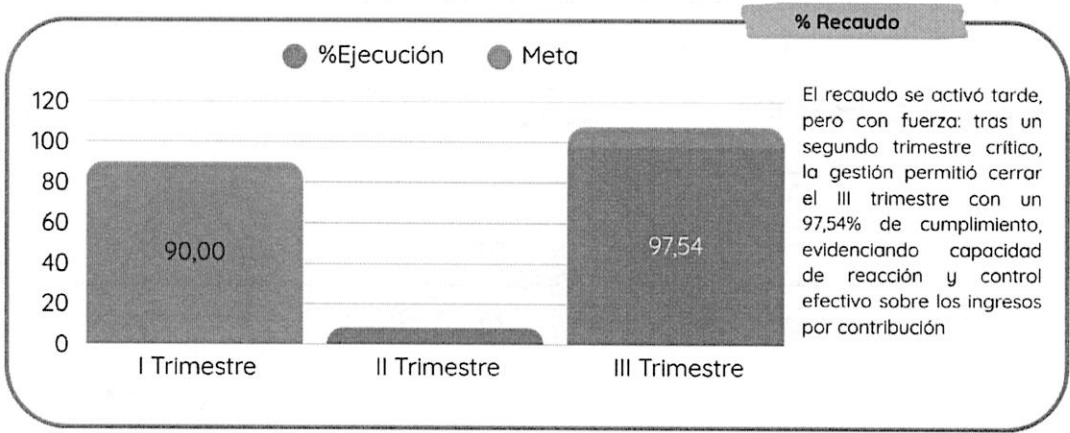
De acuerdo con el análisis registrado en el aplicativo, una de las causas principales de la baja ejecución es la demora en la entrega de cuentas y soportes por parte de las áreas responsables, lo que retrasa los registros y pagos presupuestales. Como medida de mejora se debe fortalecer la comunicación y coordinación desde el área de Recursos Financieros con las dependencias ejecutoras, estableciendo cronogramas claros de corte, recordatorios periódicos y seguimiento a la entrega oportuna de cuentas, de manera que se mitigue el riesgo de subejecución y se logre un cierre ordenado y oportuno del presupuesto

Recaudo Contribución

Durante 2025 el indicador de Recaudo contribución (%) muestra un arranque nulo en el primer trimestre (0% frente a una meta del 90%), una mejora moderada en el segundo trimestre (8,35%), y un cierre del tercer trimestre con un cumplimiento sobresaliente de 97,54%, equivalente al 100% de la meta trazada para ese periodo. Esto evidencia que, aunque el recaudo se activó de forma tardía, al corte de septiembre se logró recuperar el rezago inicial y situar el indicador en un nivel excelente.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

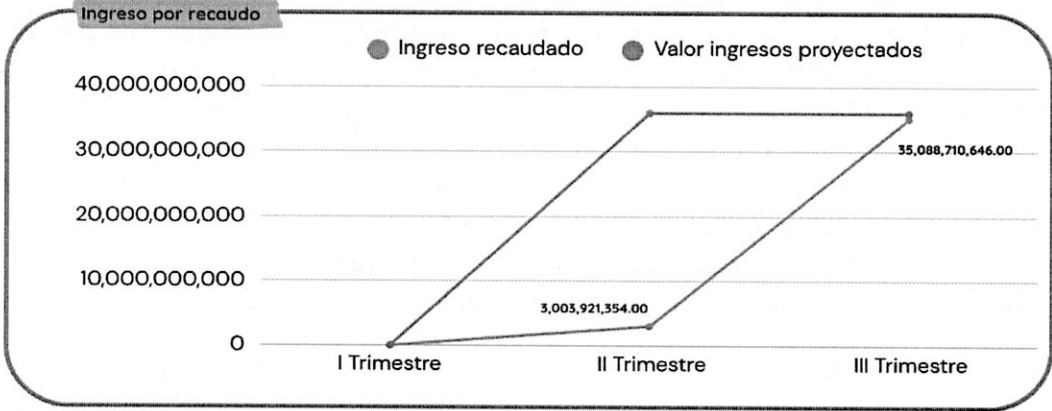
Ilustración 22 Recaudo %



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

En términos de montos, el ingreso recaudado por contribución pasa de valores prácticamente marginales en el primer trimestre a \$3.003 millones en el segundo y \$35.088 millones al tercer trimestre, frente a una proyección de \$35.972 millones. Es decir, al cierre de septiembre se ha alcanzado cerca del 97% del valor proyectado para la vigencia, lo que confirma una senda de recaudo acelerada en el segundo semestre, pero que exige mantener un seguimiento estricto para garantizar el cierre del año por encima de la meta y reducir el riesgo asociado a eventuales retrasos en el reporte de las empresas vigiladas.

Ilustración 23 Ingresos por recaudo contribución vs Proyección de recaudo



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

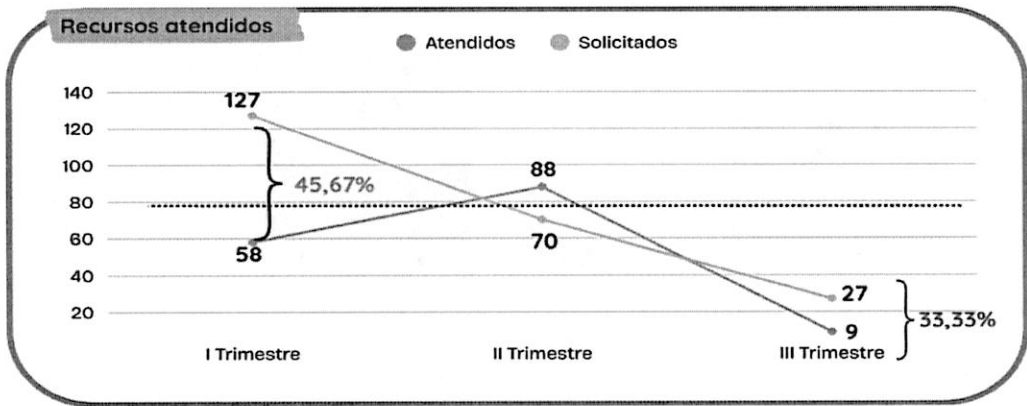
3.3.7. Gestión Jurídica – GJU

El proceso cuenta con cuatro indicadores de gestión, uno semestral y tres trimestrales.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Atención a los recursos de reposición y apelación

Ilustración 24 Cumplimiento de recursos atendidos



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

En este indicador se observa un comportamiento altamente inestable. En el T1 se atiende el 45,67 % de los recursos (58 de 127 solicitudes), muy por debajo de la meta del 80 %, lo que evidencia un cuello de botella en la capacidad de respuesta jurídica. En el T2 se presenta un pico de desempeño con un cumplimiento del 125,71 % (88 recursos atendidos frente a 70 solicitudes del periodo), asociado al rezago atendido del trimestre anterior. Sin embargo, este avance no se consolida, pues en el III trimestre el indicador cae a 33,33 % (9 de 27 recursos), regresando a un nivel crítico.

De acuerdo con el análisis del responsable, la principal causa del bajo desempeño es la falta de insumos y soporte documental oportuno para el estudio de los casos, derivada de fallas en la gestión documental. Esta situación retrasa el análisis de fondo de los recursos, prolonga los tiempos de respuesta y aumenta el riesgo de vulnerar términos legales y la percepción de seguridad jurídica por parte de los vigilados. En este contexto, el comportamiento del indicador muestra que, aunque ocasionalmente se logra evacuar cargas acumuladas (caso del II trimestre), no existe aún una operación estable ni sostenible en el tiempo.

Las acciones definidas como requerir la radicación oportuna de los recursos, ajustar los comités internos para que los expedientes pasen directamente a firma del Superintendente y capacitar a los funcionarios en el trámite de los recursos asignados son clave para estabilizar el indicador. Su implementación efectiva debería traducirse en una mayor correspondencia entre el número de recursos recibidos y los atendidos en cada trimestre, disminuyendo rezagos y evitando ciclos de sobrecarga y caída del desempeño como los observados entre el T2 y T3

Defensa Judicial

En el indicador de Defensa Judicial, se observa que en el T2 de 2025 el resultado fue de 50 %, lo que representa un cumplimiento de 62,5 % frente a la meta de 80 %. Este desempeño inferior refleja una vulnerabilidad en la defensa institucional, pues una proporción importante de los procesos no obtuvo un resultado favorable o no alcanzó los estándares definidos para la vigencia.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUENA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

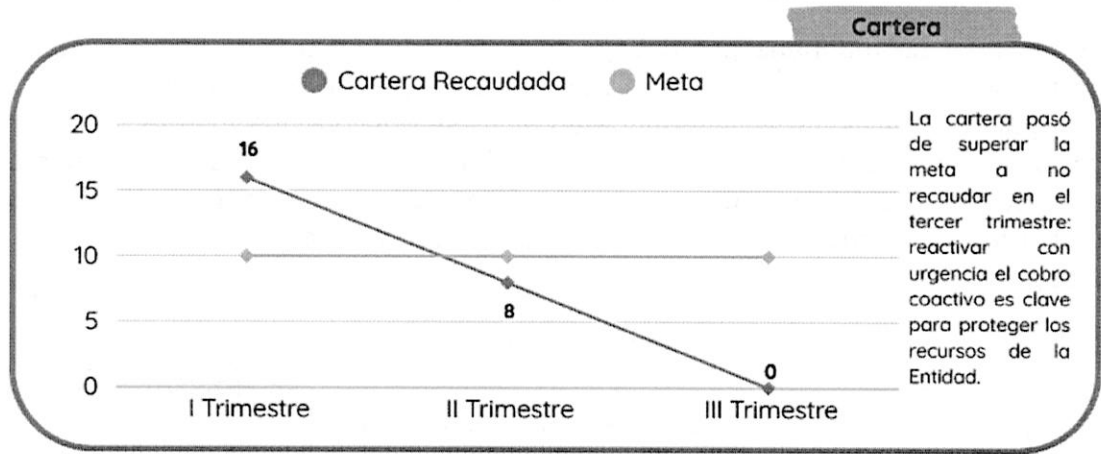
Para el T3 se registra una mejora sustantiva, al alcanzar un valor de 100 % y lograr 100 % de cumplimiento, superando la meta prevista y cambiando la tendencia a positiva. Este comportamiento indica que las acciones adelantadas por la Gestión Jurídica priorización de casos, acompañamiento en comités y fortalecimiento de los argumentos de defensa.

Sin embargo, el análisis del número de casos llevados a comité y de las solicitudes de conciliación pendientes muestra una carga litigiosa moderada pero creciente, lo que implica que el indicador sigue siendo sensible a cualquier fallo adverso. Por ello, más que un resultado aislado, el 100 % del T3 debe entenderse como una oportunidad para consolidar las buenas prácticas de defensa, cerrar oportunamente las conciliaciones pendientes y mantener un seguimiento estrecho que evite el deterioro del indicador en los próximos periodos.

Cartera recaudo

El indicador de cartera recaudada por cobro coactivo muestra un deterioro progresivo a lo largo del año. En el T1 alcanza un 16 % de recaudo frente a una meta del 10 %, superando el objetivo y evidenciando un buen desempeño inicial. Sin embargo, para el T2 el resultado cae al 8 %, por debajo de la meta, aunque aún en un rango cercano al cumplimiento. En el T3 el valor del indicador desciende a 0 %, lo que refleja una ruptura clara en la capacidad de recuperación de cartera.

Ilustración 25 Cumplimiento de la cartera recaudada



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

Esta caída se presenta a pesar de que se han adelantado medidas cautelares y embargos que permiten algún nivel de recaudo, lo que sugiere que el problema no está solo en la ausencia de instrumentos jurídicos, sino en la capacidad operativa para aplicarlos de manera oportuna y masiva. El incremento del valor total de la cartera en el tiempo y su posterior reducción sin un recaudo proporcional indica que existen procesos que no están siendo impulsados con la rapidez necesaria, generando rezagos y una baja conversión de cartera en ingresos efectivos.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En consecuencia, la información del indicador y el análisis del responsable convergen en la misma conclusión: es necesario fortalecer el talento humano y la gestión procesal del cobro coactivo (emisión de impulsos, seguimiento a medidas cautelares, priorización de deudores críticos), así como optimizar los mecanismos de monitoreo de metas trimestrales de recaudo. De no corregirse, la tendencia observada en el tercer trimestre implica un riesgo de pérdida de capacidad disuasoria frente a los vigilados y un aumento del saldo de cartera difícilmente recuperable en la vigencia.

3.3.8. Gestión de Procesos Disciplinarios – GPD

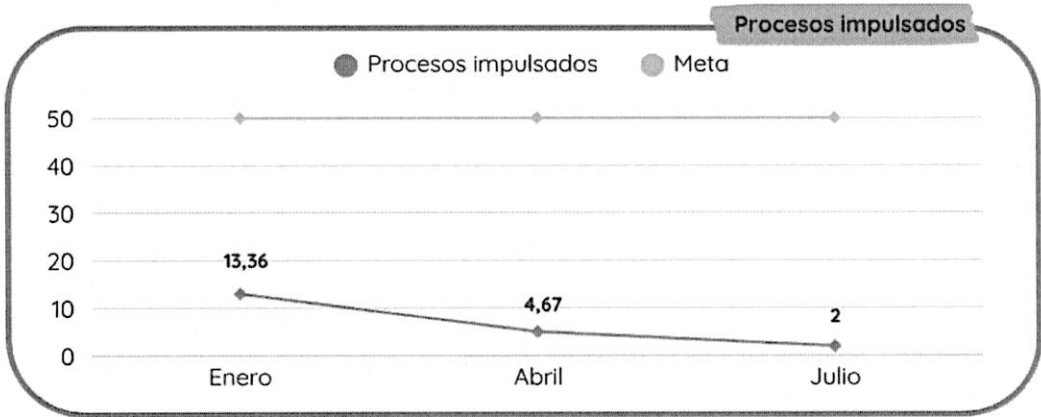
Durante la revisión del indicador Atención de los procesos disciplinarios (%) se identificó que en el sistema se encuentran registrados dos indicadores con la misma denominación, pero con series de datos y análisis diferentes para el mismo periodo de referencia.

Esta duplicidad impide determinar con certeza cuál de los dos registros corresponde a la información oficial del periodo analizado, por lo cual no es posible emitir un análisis técnico concluyente ni comparar de manera confiable el comportamiento del indicador en el tiempo. En consecuencia, se requiere que el área responsable aclare y unifique la fuente válida de información antes de incorporar resultados definitivos en este informe.

Cantidad de Procesos Impulsados por Profesional

El indicador se mantiene por debajo de la meta trimestral de 50 procesos por profesional. En el T1 se registran 13,36 procesos (26,71 % de cumplimiento), en el segundo 4,67 (9,33 %) y, aunque en el T3 se observa una mejora importante con 26,50 procesos (53,00 %), el desempeño sigue distante del nivel esperado. La gestión muestra, entonces, un avance frente a los cortes anteriores, pero con una brecha estructural que aún compromete la productividad del equipo disciplinario.

Ilustración 26 Cumplimiento de procesos impulsados

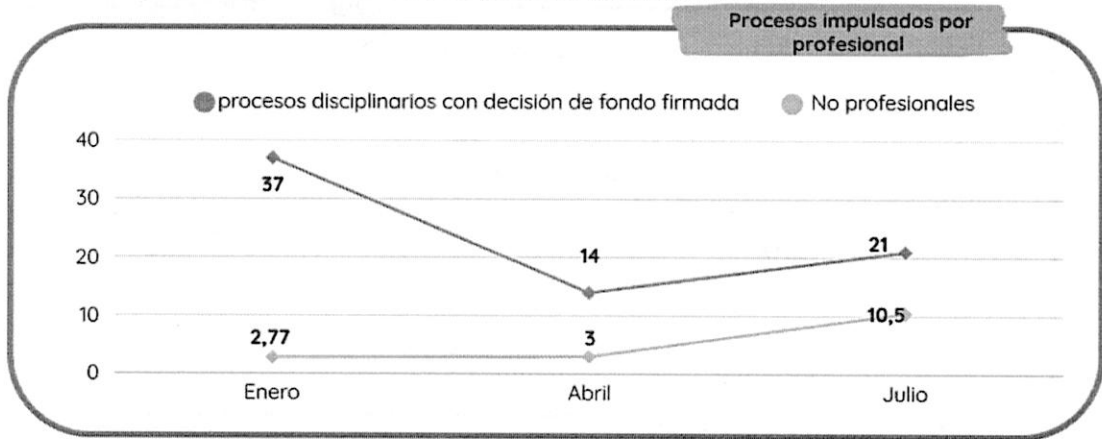


Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Al contrastar estos resultados con la información de soporte, se identifica que el número de profesionales dedicados a la sustanciación de procesos es reducido y variable en el tiempo, mientras el total de procesos disciplinarios con decisión de fondo firmada aumenta de manera progresiva. Esto sugiere que la carga de trabajo por servidor es alta y que la mejora del tercer trimestre responde más a esfuerzos puntuales de evacuación de procesos que a una capacidad instalada estable y sostenible.

Ilustración 27 Número de procesos impulsados por profesional



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

En síntesis, aunque el comportamiento del indicador evidencia una tendencia positiva en el T3, aún no se alcanza el estándar de eficacia definido y persisten riesgos de rezago en la instrucción y decisión de los procesos. Para consolidar la mejora será necesario estabilizar y dimensionar adecuadamente el talento humano asignado, ajustar los procedimientos internos de sustanciación y firma de actos administrativos y dar continuidad a las acciones definidas en el plan de mejoramiento institucional, de manera que el impulso de procesos por profesional logre niveles acordes con la meta establecida.

3.4. RESULTADOS PROCESO DE EVALUACIÓN

Tabla 5 Resultados de procesos de evaluación

N.	PROCESO	INDICADOR	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
39	Gestión Evaluación y Seguimiento	Cumplimiento plan anual de auditoria	100			85,71			95,65			82,35

Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

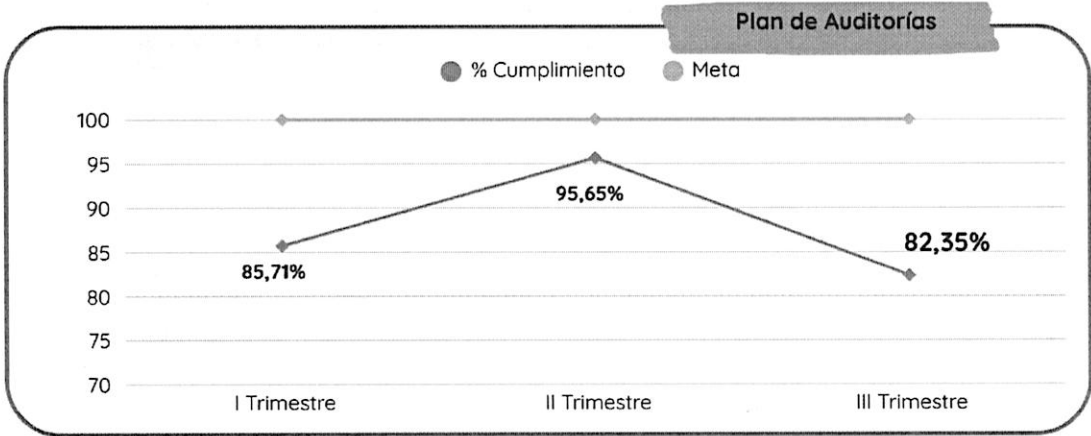
3.4.1. Gestión de Evaluación y Seguimiento – GES

El proceso de gestión de evaluación y seguimiento cuenta con un indicador denominado “Cumplimiento Plan Anual” el cual posee una frecuencia de medición trimestral.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En el periodo analizado, el indicador muestra resultados globalmente favorables, pero con señales de riesgo en la sostenibilidad del desempeño. La meta se mantiene en 100 % para todos los trimestres, mientras que la ejecución pasa de 85,71 % en T1 a 95,65 % en T2, para luego descender a 82,35 % en T3. Aunque los tres cortes se ubican en rango “aceptable/alto”, el comportamiento en “curva” evidencia que el mayor nivel de cumplimiento se concentra en el T2, seguido de una desaceleración que impide consolidar el 100 % del plan programado.

Ilustración 28 Cumplimiento al Plan de Auditorías



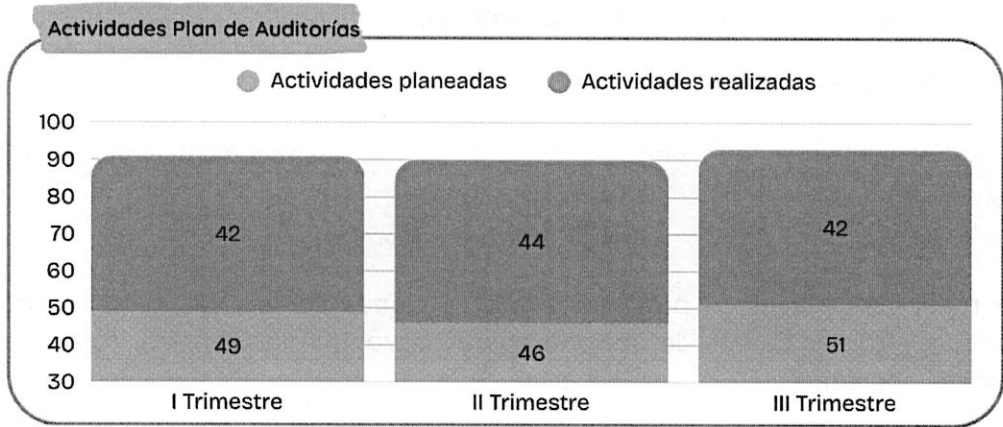
Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

Las causas reportadas se relacionan principalmente con la insuficiencia de personal en la Oficina de Control Interno frente al diseño original del Plan Anual de Auditorías. El plan fue estructurado para un equipo de siete profesionales, pero en la práctica no se ha contado con la dotación completa, lo que ha obligado a reprogramar fechas de entrega, ajustar el alcance de ciertos trabajos e incluso eliminar algunas tareas inicialmente previstas. Esta brecha entre capacidad instalada y carga de trabajo explica que, pese al esfuerzo del equipo, el cumplimiento se mantenga por debajo del 100 % y tienda a caer cuando se acumulan actividades hacia el cierre del periodo.

Frente a este escenario, el análisis sugiere la necesidad de recalibrar estructuralmente el Plan Anual de Auditorías para alinearlo con la disponibilidad real de recursos humanos y priorizar las auditorías de mayor impacto en la gestión institucional. Ello implica ajustar el número de actividades programadas, fortalecer la planificación por riesgos, formalizar un criterio de priorización para eventuales aplazamientos y gestionar, a nivel directivo, las necesidades de talento humano especializado. De esta manera, el indicador podría evolucionar hacia niveles de cumplimiento cercanos al 100 % sin comprometer la calidad de las auditorías ni la función de aseguramiento que soporta la toma de decisiones de la Supervigilancia

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Ilustración 29 Actividades planeadas vs realizadas



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de la SVE – Módulo indicadores

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como resultado del análisis de los indicadores de gestión reportados por los procesos de la Supervigilancia con corte al T3 de 2025, se observa que, de los 37 indicadores con medición en el periodo, la mayoría se sitúa en rangos de desempeño alto o aceptable, particularmente en Direccionamiento Estratégico, Gestión de Comunicaciones, Gestión de Mejora Institucional (planes de mejoramiento y tratamiento de salidas no conformes), Gestión Administrativa, Gestión Contractual, Gestión Financiera (recaudo por contribución), Gestión Jurídica (defensa judicial y fallos favorables) y Gestión de Evaluación y Seguimiento (cumplimiento del Plan Anual de Auditorías).

No obstante, persiste un grupo relevante de indicadores en estado crítico o con brechas significativas frente a la meta, concentrados en la Gestión del Servicio (PQRSD, satisfacción de usuarios y notificaciones), Gestión de Control, Inspección y Vigilancia (respuesta de quejas y visitas de inspección), Gestión de Sistemas e Información (cumplimiento de ANS y servicios de soporte), Gestión de Procesos Disciplinarios (baja cantidad de procesos impulsados por profesional) y Ejecución Presupuestal, además de la ausencia de reporte en los dos indicadores de Gestión de la Operación y las inconsistencias identificadas en algunos registros (por ejemplo, contratación directa y duplicidad en el indicador de atención de procesos disciplinarios

En términos estratégicos, los resultados confirman que la entidad ha fortalecido capacidades clave en planeación, mejoramiento institucional, mantenimiento de infraestructura y vehículos, gestión contractual y defensa jurídica, lo que contribuye positivamente al cumplimiento de los objetivos institucionales. No obstante, también evidencian riesgos transversales asociados a la disponibilidad y estabilidad del talento humano, la falta de un gestor documental plenamente operativo, la concentración del gasto hacia el final de la vigencia, la baja capacidad de respuesta frente a la demanda ciudadana y la debilidad en la disciplina de medición, oportunidad y calidad del dato en varios procesos. Estos factores limitan

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

la posibilidad de consolidar los avances logrados y ponen en riesgo el cumplimiento sostenido de metas misionales y de servicio.

a) Indicadores sin reporte

PROCESO	INDICADOR
Gestión de la Operación	Servicio no conforme
Gestión de la Operación	Efectividad del servicio operaciones

Se recomienda a estos procesos tomar acciones correctivas para reportar este periodo y tomar cursos de acciones para prevenir reincidencias, fortaleciendo el reporte oportuno.

Desde la Oficina Asesora de Planeación y los profesionales que la integran se presta constante acompañamiento y asesoramiento a los procesos para que la gestión institucional avance en el marco del cumplimiento de los objetivos y metas de la entidad acorde a lo establecido en la planeación institucional.

Cordialmente,



XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	KAREN XIOMARA GONZÁLEZ ÁLVAREZ - CONTRATISTA ENRIQUE ALFONSO MEJÍA URUEÑA - CONTRATISTA	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL XILENA PATRICIA CARRILLO NÚÑEZ – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO