

Memorando N°

FECHA: 12/07/2025

PARA: SUPERINTENDENTE
DELEGADOS
LÍDERES DE PROCESO
COORDINADORES DE GRUPO

DE: FRANCI ESPINOSA PALACIOS
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

ASUNTO: INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN II TRIMESTRE 2025

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN2

2. ANTECEDENTES2

3. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN2

3.1. RESULTADOS PROCESOS ESTRATÉGICOS4

3.1.1. Gestión de Comunicaciones – GCM4

3.1.2. Gestión de Mejora Institucional – GMI.....4

3.1.3. Gestión del Servicio - GSP4

3.2. RESULTADOS PROCESOS MISIONALES7

3.2.1. Gestión de Control, Inspección y Vigilancia – GCI7

3.2.2. Gestión de la Operación – GOP9

3.3. RESULTADOS PROCESOS DE APOYO9

3.3.1. Gestión Administrativa – GAD.....10

3.3.2. Gestión Contractual – GCO.....10

3.3.3. Gestión de Sistemas e Información – GSI.....10

3.3.4. Gestión de Talento Humano – GTH11

3.3.5. Gestión Documental – GDO.....11

3.3.6. Gestión Financiera - GFI12

3.3.7. Gestión Jurídica – GJU12

3.3.8. Gestión de Procesos Disciplinarios – GPD13

3.4. RESULTADOS PROCESO DE EVALUACIÓN14

3.4.1. Gestión de Evaluación y Seguimiento – GES14

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....15

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, en cumplimiento de lo establecido en:

1. El Decreto 2355 de 2006 que en su Artículo 9. Funciones de la Oficina Asesora de Planeación numeral 4, establece **"Diseñar y establecer, en coordinación con las diferentes dependencias de la Superintendencia, los indicadores de eficiencia, efectividad y productividad para evaluar la gestión y proponer las medidas preventivas y correctivas en su aplicación"**
2. El Plan de Acción Institucional 2025 que dice **"Realizar informe de seguimiento a riesgos de gestión e indicadores - II trimestre"** cuyo entregable es "Informes de riesgos e indicadores II 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.

Es por ello, que el mismo se divide en dos secciones. La primera trata los antecedentes respecto a los indicadores y aborda la gestión adelantada para dar cumplimiento a las oportunidades de mejora de las auditorías al sistema de gestión de calidad. La segunda parte, se registra el comportamiento de los indicadores de gestión desde una óptica descriptiva.

El contenido de este informe contempla los resultados de los indicadores de gestión de los procesos de la Supervigilancia, con corte al segundo 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:

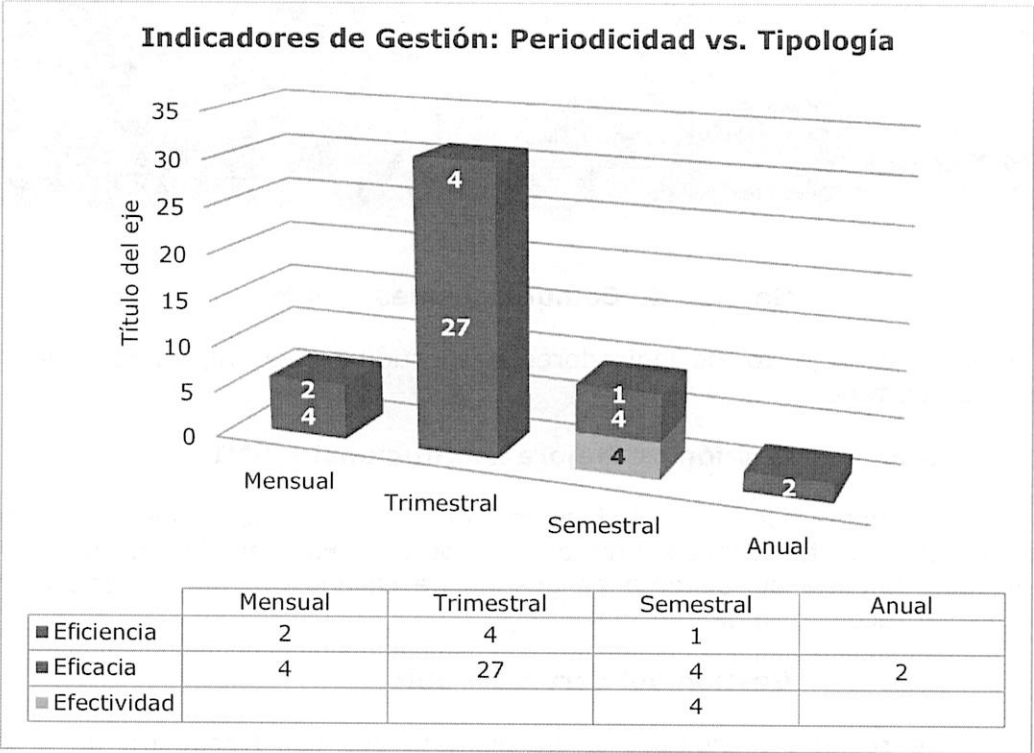
PROCESO		Eficacia	Eficiencia	Efectividad	TOTAL
Direccionamiento Estratégico	Estratégicos	2	1		3
Gestión de Mejora Institucional		4			4
Gestión de Comunicaciones		2			2

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

PROCESO		Eficacia	Eficiencia	Efectividad	TOTAL
Gestión del Servicio	Misionales	3			3
Alianza Interinstitucional			1		1
Gestión de la Operación		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
Total SST		12	6	0	18
TOTAL		49	18	4	71

Dentro de los 48 indicadores de gestión, se observan las siguientes frecuencias de medición:



Teniendo en cuenta las frecuencias de medición, el presente informe se centrará en describir el comportamiento de los indicadores con medición entre los meses que conforman el primer y segundo trimestre 2025. Esto significa que, para este informe trimestral, se analizará lo reportado por los procesos en los 46 indicadores con frecuencias mensuales (6), trimestrales (31) y semestrales (9).

A continuación, se muestran los resultados obtenidos durante el periodo objeto de seguimiento:

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

3.1. RESULTADOS PROCESOS ESTRATÉGICOS

N.	PROCESO	INDICADOR	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
1	Alianza Interinstitucional	Eficiencia en la consulta de antecedentes penales y requerimientos judiciales	6	1,97	3,54	2,44	2,13	1,84	2,83
2		Índice de cumplimiento planeación financiera y presupuestal	1						1
3	Direccionamiento Estratégico	Cumplimiento del plan de acción	80			77,14			80,43
4		Cumplimiento de objetivos estratégicos	24			5,56			33,80
5	Gestión de comunicaciones	Respuesta oportuna a las solicitudes de comunicación interna y externa	100			98,23			NR
6		Número de seguidores en redes sociales	10			4			NR
7	Gestión de mejora institucional	Eficacia del sistema de gestión de la calidad	95						NR
8		Eficacia de las acciones para la gestión del riesgo y oportunidades	90			30			86,36
9		Salidas no conformes con tratamiento	99			100			100
10		Cumplimiento planes de mejoramiento de auditorías de calidad	95			97			98
11	Gestión del servicio	Respuesta oportuna PQRS	90	0	0	0	3	4	2
12		Satisfacción del usuario - Canales de atención	70			23,97			23,33
13		Gestión de notificaciones	70			43			25

3.1.1. Gestión de Comunicaciones – GCM

El proceso no reportó los indicadores de gestión trimestral, se recomienda su reporte oportuno.

3.1.2. Gestión de Mejora Institucional – GMI

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

3.1.3. Gestión del Servicio - GSP

El proceso registra 3 indicadores de gestión, dos con frecuencia de medición trimestral (Respuesta oportuna PQRS – Gestión de notificaciones) y uno con frecuencia de medición mensual (Satisfacción del usuario):

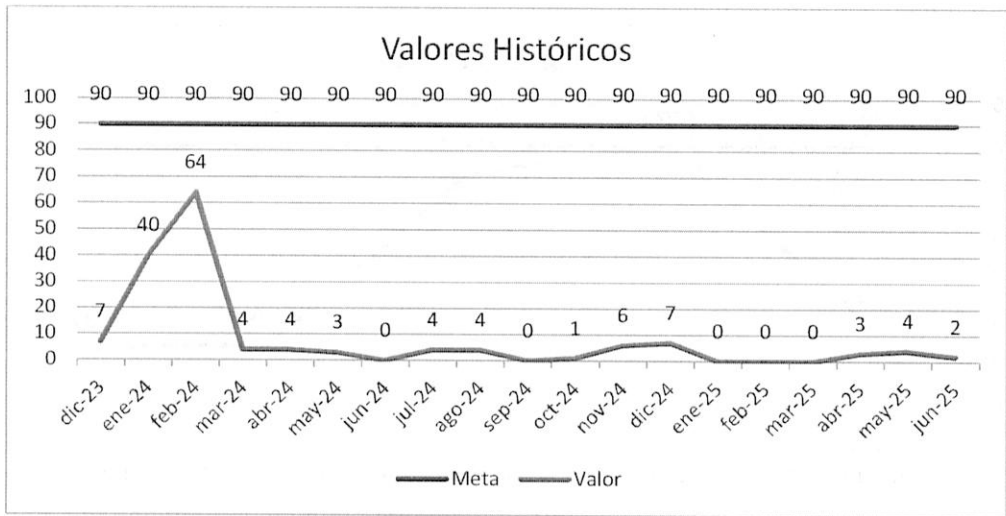
Respuesta Oportuna PQRS

El valor del indicador es 2%, frente a una meta establecida del 90%. El estado es “Malo” (color rojo), lo que evidencia una situación crítica en la gestión de PQRS dentro de la entidad para el periodo evaluado.

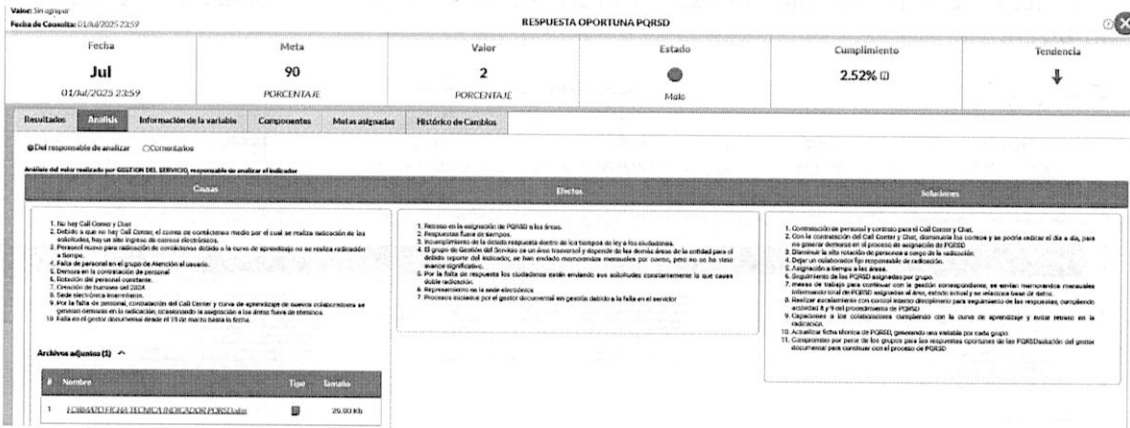
No se ha registrado ninguna respuesta dentro del tiempo establecido legalmente, lo que implica un incumplimiento absoluto del deber de respuesta a la ciudadanía.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°



Se observa análisis cualitativo realizado por el proceso en el que se registran las causas, efectos y soluciones del indicador, como se muestra en la siguiente imagen.



Fuente: SVE – Módulo Indicadores

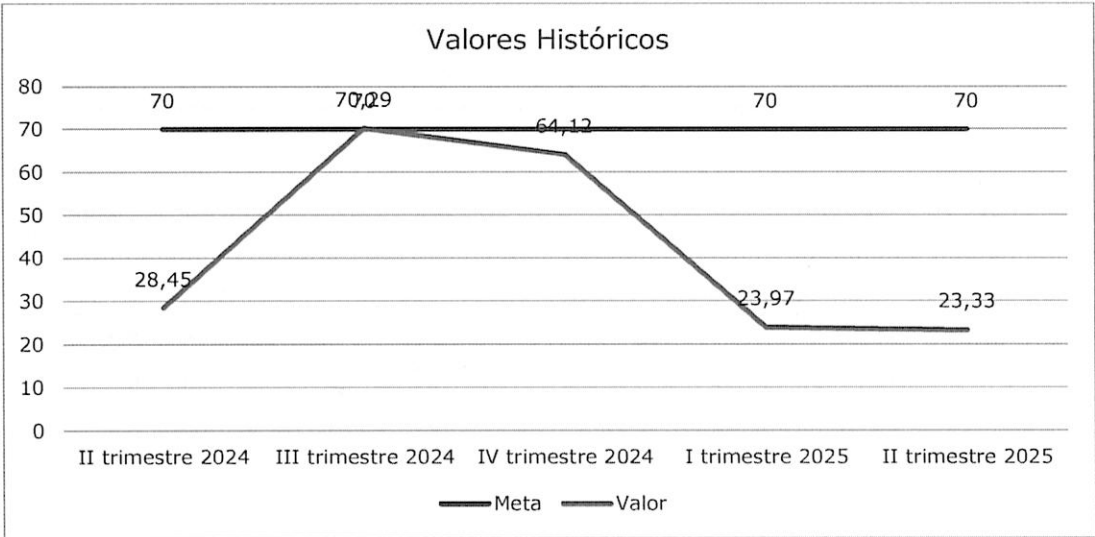
El incumplimiento total de la atención de PQRS vulnera principios básicos de transparencia, participación ciudadana y control institucional. La gravedad del caso exige una intervención inmediata con un plan de choque, priorizando la contratación, habilitación de canales de atención directa y recuperación del sistema documental. Además, debe reforzarse el seguimiento disciplinario y operativo para evitar la repetición de esta situación.

Satisfacción del Usuario - Canales de atención

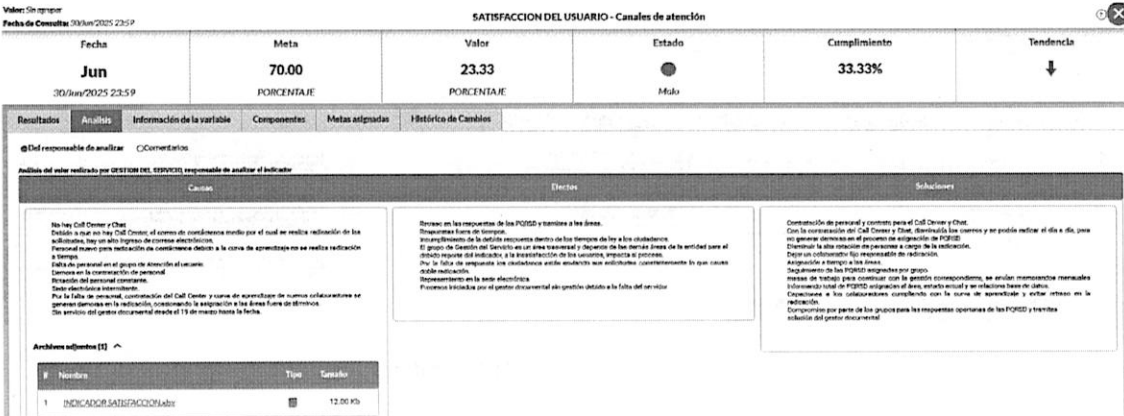
El valor alcanzado por el indicador es de 23%, frente a una meta del 70%, lo que representa un cumplimiento del 33%. El estado del indicador es "Malo" (color rojo) y la tendencia es descendente, lo que revela un deterioro progresivo en la percepción de los usuarios frente a la atención recibida por la entidad.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°



El nivel de satisfacción del usuario es muy bajo, indicando problemas estructurales en la atención, seguimiento y resolución de solicitudes ciudadanas (PQRS y otros trámites). Las principales causas fueron registradas por el proceso en la siguiente imagen.



Fuente: SVE – Módulo Indicadores

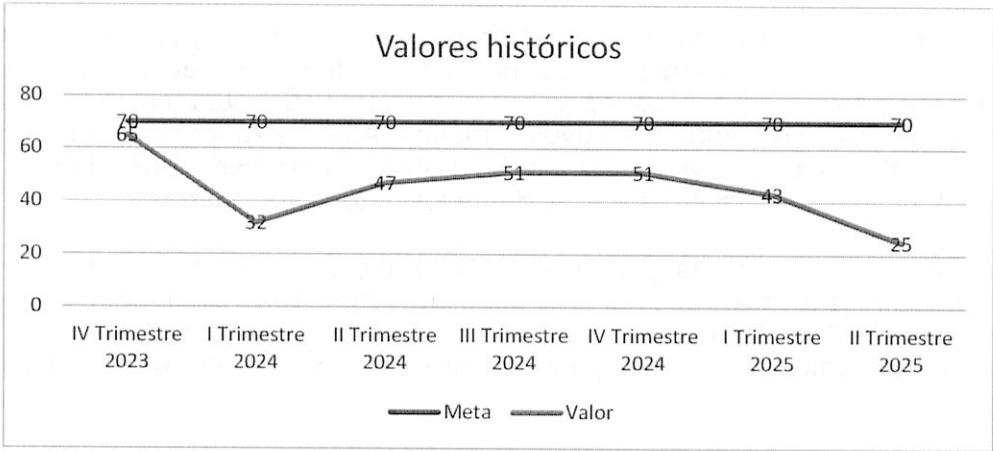
Teniendo en cuenta lo reportado por el proceso se requiere contar con sistemas de información que funcionen continuamente y poner en funcionamiento el *call center* garantizando su funcionamiento durante toda la vigencia.

Gestión de Notificaciones

El indicador presenta una tendencia descendente durante lo corrido de la vigencia. Este comportamiento resulta contrario al esperado y su estado es “Malo”, lo que indica un deterioro progresivo en la eficiencia del proceso de notificaciones.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°



Reporte: Sin guardar

Fecha de Consulta: 01/Jul/2025 23:59

GESTION DE NOTIFICACIONES

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jul	70	25		36.03%	
01/Jul/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Mala		

Resultados

Análisis

Información de la variable

Componentes

Metas asignadas

Historico de Cambios

Del responsable de analizar

Comentarios

Analisis del valor realizado por GESTION DEL SERVICIO, responsable de analizar el indicador

Causas

Efectos

Soluciones

Presenta cuatro para el puntaje de modificaciones debido a la curva de aprendizaje.
Para un conocimiento del grupo de atención al usuario.
Se han considerado los cambios de personal
dentro del grupo de atención al usuario.
Para el primer mes de la semana al 15 de marzo hasta la fecha
se han realizado con 4 modificaciones
existiendo 3502 entre administrativos del delegado para el control

Presenta en las secciones de las NOTIFICACIONES areas.
Responde falta de tiempo.
Incompleta en la actual respuesta dentro de los tiempos de ley y en consecuencia,
disminuyendo en el proceso de modificaciones.
Procesos lentos para el gestión documental en gestión debido a la falta de personal
no se realizan programáticas a tiempo
retrasos en las gestiones de los actos administrativos

Continúa con el personal
Existe en la atención del personal a cargo de la institución.
Seguimos en las modificaciones que para el grupo
Capacitación a los colaboradores con cursos de aprendizaje y entre otros con el personal
Atención al usuario y reducción del gestor documental
continúa para el grupo de modificaciones

Archivos adjuntos (1)

#	Nombre	Tipo	Tamaño
1	FORMATO: FICHA TECNICA INDICADOR DE GESTION NOTIFICACIONES		34.00 Kb

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

En conclusión, se observa que el proceso ha reportado causas que se repiten en los tres indicadores, como: Rotación de personal, fallas de gestor documental, curva de aprendizaje.

3.2. RESULTADOS PROCESOS MISIONALES

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

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

NOMBRE Y CARGO		PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

El indicador muestra un valor de 61% frente a una meta establecida del 90%, lo que representa un cumplimiento "Bueno", y la tendencia es hacia abajo, contrario a lo esperado. En términos operativos, de los 600 actos previstos, solo se ejecutaron 367 actos administrativos firmados. Aunque se logró un cumplimiento del 68%, el indicador está por debajo del umbral esperado del 90%, lo que refleja una brecha significativa en la ejecución de los actos sancionatorios.

El resultado evidencia una gestión activa con avances importantes, pero limitada por condiciones técnicas que han impedido alcanzar el total de la meta. Se requiere mantener el esfuerzo correctivo e implementar de forma prioritaria las acciones de mejora tecnológica y operativa, para asegurar el cumplimiento total en el siguiente trimestre.

Valor: 0.00
Fecha de Consulta: 30/06/2025 23:59

CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS SANCIONATORIOS

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jun 30/06/2025 23:59	90.00 PORCENTAJE	61.17 PORCENTAJE	 Bueno	67.96%	

Resultados

Análisis

Información de la variable

Componentes

Metas asignadas

Histórico de Cambios

Del responsable de analizar

Comentarios

Análisis del valor realizado por GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Soluciones
El Grupo de Sanciones fijó una meta para el 2do trimestre de 2025 de 600 imputos procesales, periodo durante el cual se ejecutaron 367 actos administrativos firmados de expedientes activos, logrando un cumplimiento de la meta al 61%, sin contar con los profesionales necesarios para avanzar los expedientes activos; se realizó un trabajo de cheque de los 3333 expedientes que se encontraban caducados de vigencia desde el 2016, alcanzando a la firma y notificación de 3016 expedientes caducados con decisión de fondo.	Los resultados obtenidos en materia de introducir procesos durante el 2do trimestre de 2025 tienen un efecto positivo, en la medida que representa el cumplimiento de nuevos de la descongestión de periodos anteriores a pesar de la falta de personal de contratistas profesionales en el grupo de sanciones; se realizó un trabajo de cheque de los 3333 expedientes que se encontraban caducados de vigencia desde el 2016, se llegó a superar el 50% de la meta planteada a pesar de los inconvenientes técnicos y operativos con los que cuenta la entidad, por falta de sistema y de personal.	Teniendo en cuenta el cumplimiento de la meta trazada para el periodo correspondiente al 2do trimestre de 2025, se requiere funcionamiento constante del gestor documental, equipos de cómputo y red de internet para evitar retrocesos y retrasamiento de las tareas planeadas, adicional no se cuenta con el personal suficiente de profesionales para avance de los procesos, y los contratados cuentan con terminación o rotación del contrato, lo que hace que se penda curva de aprendizaje y avance de procesos, por contratos que se realizan máximo a tres meses.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

Cumplimiento en la Respuesta de Quejas

El indicador muestra un cumplimiento de apenas 51% frente a una meta del 90%, lo que representa un avance de 57% del objetivo. El comportamiento es "Bueno" y la tendencia es ascendente, lo que indica una mejora en las cifras con respecto al periodo inmediatamente anterior. El proceso reporta el siguiente análisis:

Valor: 0.00
Fecha de Consulta: 30/06/2025 23:59

CUMPLIMIENTO EN LA RESPUESTA DE QUEJAS

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jun 30/06/2025 23:59	90.00 PORCENTAJE	51.19 PORCENTAJE	 Bueno	56.88%	

Resultados

Análisis

Información de la variable

Componentes

Metas asignadas

Histórico de Cambios

Del responsable de analizar

Comentarios

Análisis del valor realizado por GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Soluciones
El cumplimiento del 51.2% en el indicador de respuesta a quejas durante el segundo trimestre de 2025 se explica fundamentalmente por la insuficiencia de personal calificado y disponible para la atención oportuna de PQRS. Esta situación se agravó durante los meses de mayo y junio, en los cuales se evidenció un aumento significativo en el volumen de quejas recibidas (240 en mayo y 116 en junio), sin una capacidad operativa proporcional que permitiera mantener el ritmo de trámite. A ello se suma la falta de incorporación de refuerzos contractuales o técnicos para absorber el incremento de la carga laboral, lo que generó un rezago especialmente visible al cierre del trimestre.	La disminución del nivel de cumplimiento impacta directamente la eficacia institucional en la atención ciudadana y puede afectar la percepción de oportunidad y respuesta de la entidad. Al cierre del trimestre quedaron 327 quejas pendientes, acumulando un volumen que, de no ser gestionado de forma inmediata, podría comprometer los tiempos de respuesta establecidos por la normatividad vigente y generar alertas en los sistemas de control.	Para revertir esta situación y recuperar los niveles de cumplimiento, se recomienda implementar de manera urgente un plan de contingencia que contemple el refuerzo del equipo de atención a quejas, ya sea mediante reasignación temporal de personal o contratación directa de personal de apoyo. Así mismo, es necesario establecer metas semanales de respuesta, priorizando las quejas más antiguas y aquellas que puedan derivar en acciones de fondo. Se sugiere además fortalecer el uso de herramientas tecnológicas de seguimiento, implementar alertas internas de vencimiento de términos, y realizar una gestión activa entre las áreas administrativas para emitir nuevos cuantos de boleta operativa.

Archivos adjuntos (3)

#	Nombre	Tipo	Tamaño
1	02 PQRS.docx		47.63 KB

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

Cumplimiento de las Visitas de Inspección

Durante el segundo trimestre de 2025, el Grupo de Inspección tenía programadas 59 visitas según el Plan Anual de Visitas, de las cuales se realizaron 19, alcanzando un cumplimiento del 32%, frente a la meta esperada del 80%. El estado del indicador es "Malo" y presenta una tendencia descendente, reflejando dificultades en la ejecución de estas actividades. Las principales causas de este comportamiento son las terminaciones de contratos de prestación de servicios lo que afecta la ejecución de las metas del proceso.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

Fecha: Sin agrupar		CUMPLIMIENTO DE LAS VISITAS DE INSPECCIÓN				
Fecha de Consulta: 30/Jun/2025 2:59						
Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia	
Jun	80.00	32.20		40.25%	↓	
30/Jun/2025 2:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Alto			
Resultados	Análisis	Información de la variable	Componentes	Metas asignadas	Historico de Cambios	
☒ Del responsable de analizar ☐ Comentarios						
Actividad del valor realizado por GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA, responsable de analizar el indicador						
Contexto		Efectos			Soluciones	
Durante el segundo trimestre del año 2025, el bajo cumplimiento del indicador de visitas de inspección (32.2%) se explica principalmente por la disminución de la capacidad operativa del grupo de inspecciones. Esta situación obedece, en primer lugar, a la falta de personal técnico calificado disponible, ya que varios funcionarios de planta fueron designados temporalmente en encargos de carrera administrativa en otras áreas de la entidad. Adicionalmente, se presentaron terminaciones de contratos de prestación de servicios sin reposición inmediata, lo cual generó un vacío en la ejecución operativa de las visitas programadas para los meses de abril, mayo y junio. La combinación de estos factores redujo significativamente el recurso humano necesario para el cumplimiento de las metas proyectadas.		Como consecuencia directa, se evidenció un rezago en la ejecución de las actividades de inspección planificadas, afectando el cumplimiento de las metas establecidas para el trimestre. Esta situación compromete la eficacia del ejercicio de vigilancia institucional, incrementa el riesgo de acumulación de casos sin intervención oportuna y puede repercutir negativamente en la percepción de respuesta institucional frente a situaciones de control. Asimismo, la desviación del indicador podría impactar el resultado general del grupo en los sistemas de evaluación de desempeño y en los compromisos de seguimiento institucional.			Para mitigar esta situación y evitar su recurrencia, se propone ajustar el plan operativo trimestral conforme a la capacidad instalada disponible, priorizando visitas críticas o de mayor impacto. Así mismo, se recomienda gestionar el retorno del personal en encargo tan pronto finalicen sus funciones temporales, garantizando la estabilidad del equipo técnico. Adicionalmente, se sugiere fortalecer la planeación anticipada de los procesos contractuales para asegurar la continuidad de los profesionales de apoyo, y evaluar mecanismos alternativos para la provisión oportuna de personal, con el fin de restablecer la capacidad plena de ejecución del grupo de inspecciones.	

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

3.2.2. Gestión de la Operación – GOP

El proceso no reportó los indicadores de gestión para el segundo trimestre, se recomienda su reporte oportuno y replantear las metas.

3.3. RESULTADOS PROCESOS DE APOYO

N.	PROCESO	INDICADOR	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
20	Gestión Administrativa	Mantenimiento de Infraestructura	100			100			NR
21		Mantenimiento de vehículos	100			100			NR
22		Oportunidad en el suministro de bienes de consumo y devolutivos	100			100			NR
23		Austeridad del gasto	10			NR			NR
24	Gestión Contractual	Cumplimiento en el trámite de certificaciones	90	82	100	100	100	100	35
25		Adjudicación de procesos por convocatoria pública	95			100			100
26		Contratación oportuna de la modalidad directa	7			2			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
30		Servicios de soporte	100	100	86,60	77,03	100	38	152,54
31	Gestión del Talento Humano	Indicador de disponibilidad de los sistemas de información	100			NR			NR
32		Eficacia en la capacitación	80						NR
33		Efectividad en la capacitación	90						NR
34		Satisfacción de actividades realizadas plan de bienestar	99						NR
35		Tasa de rotación de personal	10						NR
36		Eficacia en la ejecución de actividades plan de bienestar	90						NR
37	Gestión Documental	Novedades tramitadas	98						100
38		Transferencias primarias	100			100			NR
39	Gestión Financiera	Ejecución presupuestal	25	10,02	5,92	7,70	7,70	40,43	45,51
40		Recaudo contribución	0			0			8,35
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
43		Defensa judicial	80			NR			200
44		Cartera recaudada	10			16			8
45		Atención de procesos disciplinarios	20			3,83			5,74
46		Atención de los procesos disciplinarios	10			4			6

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

N.	PROCESO	INDICADOR	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
47	Gestión Procesos Disciplinarios	Cantidad de procesos impulsados por profesional	50			4,67			2

3.3.1. Gestión Administrativa – GAD

El proceso no reportó los indicadores de gestión para el segundo trimestre, se recomienda su reporte oportuno.

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

Durante el segundo trimestre de 2025, el indicador de cumplimiento en el trámite de certificaciones muestra una tendencia descendente contrario a lo esperado. Con una meta establecida del 90%, el valor alcanzado fue del 35%, lo que representa un estado “Malo”.

De las 17 solicitudes de certificación recibidas en el segundo trimestre solo 6 fueron atendidas dentro del plazo, evidenciando debilidades en la gestión del proceso Gestión Contractual. Es importante mencionar que el cumplimiento de la meta del indicador fortalece la credibilidad institucional y consolida buenas prácticas administrativas. Además, la continuidad en este desempeño eleva el estándar de servicio, generando confianza tanto interna como externa.

La sostenibilidad del buen rendimiento depende del mantenimiento de las condiciones actuales: capacidad de respuesta, cumplimiento de los protocolos y uso eficaz de los canales establecidos. El compromiso expresado en el análisis institucional de mantener este nivel en próximos reportes es una señal positiva.

El proceso reporta como principales causas de este comportamiento:

- Contingencia en el proceso de contratación desde junio 2025
- Falta de personal en el grupo de contratación

Como solución el proceso indica que desde Julio 2025, ha asignado personal dedicado a la emisión de certificaciones.

Contratación Oportuna de la Modalidad Directa

Este indicador registra un reporte errado, puesto que la variable “Sumatoria de cada contrato (Fecha firma – fecha solicitud)” registra el mismo valor que la variable “Total de contratos firmados”. Lo anterior, representa un valor atípico que no coincide con el análisis registrado y no cuenta con el respectivo soporte cargado. Se recomienda cargar el soporte del indicador según lo establecido en la Ficha técnica del indicador.

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. Respecto a los 3 indicadores restantes, se observa que el proceso no registra reporte del indicador

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

“Disponibilidad de los sistemas de información” durante los periodos de la vigencia 2025. Así mismo, el indicador “Servicios de soporte” registra valor atípico pues indica un cumplimiento del 152%, lo cual no es coherente. Se reprocesan las dos variables ya que el cumplimiento real es del 65%, lo que es un comportamiento bueno.

Report: Sin error

Fecha de Consulta: 30/Jun/2025 23:59

Servicios de soporte

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jun	100.00	152.54		100.00%	
30/Jun/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Excelente		

Resultados

Análisis

Información de la variable

Componentes

Metas asignadas

Histórico de Cambios

Del responsable de analizar

Construcción

Análisis del valor realizado por GESTION DE SISTEMAS E INFORMACION responsable de analizar el indicador

Causas

Efectos

Soluciones

Se realiza el reporte del indicador para el mes de JUNIO, donde se registran 50 solicitudes. Durante este periodo, 31 de ellas no cumplieron con los requisitos debido a la falta de información proporcionada por parte de los usuarios en las solicitudes.

Archivos adjuntos (2)

#	Nombre	Tipo	Tamaño
1	ANS JUNIO 2025 (Mesa de Servicio - Superintendencia de salud pública y seguridad privada) 2025-07-01 2-47-28-105521614		45.00 Kb
2	Informe de diagnóstico de las solicitudes Junio 2025.pdf		422.00 Kb

No se cumplieron con los PGI de 31 solicitudes a pesar de gestionar 50 solicitudes masivas oportunas, lo que impacta en el resultado del indicador, el resultado del indicador con un porcentaje del 65,5%.

Archivos adjuntos (2)

#	Nombre	Tipo	Tamaño
1	ANS JUNIO 2025 (Mesa de Servicio - Superintendencia de salud pública y seguridad privada) 2025-07-01 2-47-28-105521614		45.00 Kb
2	Informe de diagnóstico de las solicitudes Junio 2025.pdf		422.00 Kb

Es importante contar con el personal de soporte para dar cumplimiento de la meta y estar pendiente del cierre oportuno de los casos y realizar campañas para el uso de la mesa de servicios.

Archivos adjuntos (2)

#	Nombre	Tipo	Tamaño
1	ANS JUNIO 2025 (Mesa de Servicio - Superintendencia de salud pública y seguridad privada) 2025-07-01 2-47-28-105521614		45.00 Kb
2	Informe de diagnóstico de las solicitudes Junio 2025.pdf		422.00 Kb

Fuente: SVE – Módulo Analítico

Cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio

Este indicador registra un comportamiento muy similar al de “Servicios de soporte”, por lo que se recomienda establecer la pertinencia de contar con este indicador o su diferencia con el de Servicios de soporte.

3.3.4. Gestión de Talento Humano – GTH

El proceso cuenta con 6 indicadores de gestión los cuales tienen una frecuencia de medición semestral. De los 6 indicadores 5 no registran reporte para el corte del presente informe por lo que se recomienda al proceso dar continuidad con el reporte oportuno y completo.

Novedades tramitadas

El indicador registra un comportamiento estable durante el i semestre, dando cumplimiento a la totalidad de las novedades reportadas por los funcionarios para el correcto reporte y pago de la nómina.

Panel de Control

Fecha del Cierre: 30/06/2025 13:54

NOVEDADES TRAMITADAS

Fecha

Meta

Valor

Estado

Cumplimiento

Tendencia

Jun

98

100

100.00%

→

30/06/2025 23:59

PORCENTAJE

PORCENTAJE

Excellente

Resultados

Analisis

Información de la Variable

Componentes

Metas asignadas

Histórico de Cambios

Del responsable de analizar

Construcción

Indicador creado mediante un formulario del: 15/06/2025 10:53, responsable de analizar el indicador:

Causas

Efectos

Soluciones

Respecto al valor obtenido por el indicador, se realizó un análisis de las causas y efectos, para determinar las acciones a tomar y así mejorar el desempeño del indicador.

Se generó un informe con los datos de cumplimiento y se entregó a los usuarios de cada una de las unidades para que se les informe y se genere.

Se realizó un análisis de los datos y se determinó que el indicador no cumple con la meta, por lo que se generó un informe de seguimiento de la gestión.

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Archivos adjuntos (2)

Arch

Fuente: SVE – Módulo Analítico

3.3.5. Gestión Documental – GDO

El proceso cuenta con 1 indicador “Trasferencias primarias” que no registra reporte para el segundo trimestre 2025.

NOMBRE Y CARGO		PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

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

El indicador registra un comportamiento acorde a lo esperado, dando cumplimiento a la meta establecida (25%) con el 45,5%. No obstante, no registra el análisis del indicador por lo que no es posible conocer las causas de este comportamiento.

Valor: Sin cambiar
Fecha de Consulta: 30/Jun/2025 23:59

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jun 30/Jun/2025 23:59	25.00 PORCENTAJE	45.51 PORCENTAJE	 Excelente	100.00%	↑

Resultados

Analisis

Información de la variable

Componentes

Metas asignadas

Histórico de Cambios

Del responsable de analizar

Comentarios

Analisis del valor realizado por GESTION FINANCIERA, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Soluciones
No se han registrado Causas	No se han registrado Efectos	No se han registrado Soluciones

Soportes

No se han registrado Soportes

Fuente: SVE - Módulo Analítico

Sobre este indicador es importante mencionar que registra la ejecución del presupuesto con las cifras de compromisos, no de obligaciones. Así mismo, es importante mencionar que el Grupo Social de Empresas del Sector Defensa – GSED cuenta con tablero de control que registra el avance en la ejecución presupuestal de las entidades descentralizadas, Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada y sociedades de economía mixta adscritas o vinculadas.

Recaudo Contribución

El indicador registra un comportamiento acorde al esperado, no obstante, se espera la mayoría del cumplimiento se registre durante el tercer trimestre. Por otra parte, este indicador no registra el análisis correspondiente.

Valor: Sin cambiar
Fecha de Consulta: 30/Jun/2025 23:59

RECAUDO CONTRIBUCIÓN

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jun 30/Jun/2025 23:59	0.00 PORCENTAJE	8.35 PORCENTAJE	 Excelente	100.00%	↑

Resultados

Analisis

Información de la variable

Componentes

Metas asignadas

Histórico de Cambios

Del responsable de analizar

Comentarios

Analisis del valor realizado por GESTION FINANCIERA, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Soluciones
No se han registrado Causas	No se han registrado Efectos	No se han registrado Soluciones

Soportes

No se han registrado Soportes

Fuente: SVE - Módulo Analítico

3.3.7. Gestión Jurídica – GJU

El proceso cuenta con cuatro indicadores de gestión, uno semestral y tres trimestrales, sin embargo, los indicadores "Atención de los recursos de reposición y apelación" y "Defensa Judicial" registran valores atípicos por error humano en el

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

reporte. Así mismo, el proceso reporta algunas causas que dificultan el cumplimiento de los indicadores como la falta de personal por lo que especialmente se afecta la gestión del cobro coactivo, la defensa judicial y la atención de los recursos de reposición y apelación.

Defensa Judicial

El indicador no registra reporte durante la vigencia 2025, se recomienda que el proceso reporte el indicador con el análisis cualitativo (causas, efectos y soluciones) para determinar cursos de acción correspondientes.

Valor: Sin registrar
Fecha de Consulta: 30 Jun 2025 23:59

DEFENSA JUDICIAL

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Dic	80	100		100.00%	➡
31/Dic/2024 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Excelente		

Resultados

Analisis

Información de la variable

Componentes

Metas asignadas

Historico de Cambios

Del responsable de analizar

Comentarios

Analisis del valor registrado por GESTION JURIDICA, responsable de analizar el indicador

Causas

Efectos

Soluciones

Se presentaron 2 solicitudes de conciliación, las cuales fueron atendidas dentro de los términos legales. Peticiones de Conciliación EDIPRO CONTRA ELENA Y CLARA BRES ROSADO

Seguir con la atención oportuna de los procesos que se reciben para conciliación extrajudicial y judicial.

Seguir con la atención oportuna de los procesos que se reciben para conciliación extrajudicial y judicial.

Soportes

No se han registrado Soportes

Fuente: SVE – Módulo Analítico

Recomendaciones:

- Reportar sin demora la información del primer trimestre de 2025, garantizando la continuidad en la evaluación del indicador y evitando vacíos en la trazabilidad de la gestión.
- Fortalecer el calendario de reporte trimestral, asegurando que las fechas de corte sean comunicadas y gestionadas con antelación por parte del equipo responsable.
- Documentar los logros y prácticas exitosas de 2024, con el fin de replicarlas en la presente vigencia y consolidar una línea base de buenas prácticas en defensa judicial.
- Establecer alertas o recordatorios institucionales, que garanticen el cumplimiento riguroso de los plazos establecidos para el cargue de datos en la plataforma Suite Visión.

3.3.8. Gestión de Procesos Disciplinarios – GPD

El proceso cuenta con tres indicadores de gestión, uno se encuentra de manera preliminar para reemplazar al indicador “Atención de procesos disciplinarios” no obstante, revisando el comportamiento del indicador se observa que este registra la misma información por tanto se recomienda ajustar la meta del indicador antiguo con el fin de no perder la trazabilidad de la información reportada en las variables.

Atención de los Procesos Disciplinarios

El indicador no registra análisis para el segundo trimestre por lo que se recomienda realizar el reporte de manera completa y oportuna. No obstante, es importante registrar las principales causas identificadas por el proceso.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

Valen Sin registrar

Fecha de Consulta: 01/Jul/2025 00:00

ATENCION DE LOS PROCESOS DISCIPLINARIOS

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jul 01/Jul/2025 00:00	10 PORCENTAJE	6 PORCENTAJE	Bueno	57.38%	↑

Resultados Análisis Información de la variable Componentes Metas asignadas Histórico de Cambios

Del responsable de analizar Comentarios

Análisis del valor realizado por GESTION PROCESOS DISCIPLINARIOS, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Soluciones
No se han registrado Causas	No se han registrado Efectos	No se han registrado Soluciones

Soportes

No se han registrado Soportes

Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

Cantidad de Procesos Impulsados por Profesional

El indicador registra un comportamiento por debajo del esperado y una tendencia hacia abajo. Siendo necesario que el proceso elabore un plan de mejoramiento para corregir la tendencia. Es importante mencionar que este indicador esta altamente correlacionado con el indicador "Atención de los procesos disciplinarios" por lo que se recomienda que el plan de mejoramiento contemple acciones para dicho indicador.

Valen Sin registrar

Fecha de Consulta: 01/Jul/2025 00:00

CANTIDAD DE PROCESOS IMPULSADOS POR PROFESIONAL

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Jul 01/Jul/2025 00:00	50.00 NUMERO	2.00 NUMERO	Malo	4.00%	↓

Resultados Análisis Información de la variable Componentes Metas asignadas Histórico de Cambios

Del responsable de analizar Comentarios

Análisis del valor realizado por GESTION PROCESOS DISCIPLINARIOS, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Soluciones
durante los primeros días del segundo trimestre del 2025 no se pudo definir con respecto al funcionamiento encargado de la firma de los autos procesales por parte del grupo de control interno disciplinario, mediante la resolución 20251200022133CS del 07/04/2025 puesta en conocimiento del grupo de control interno disciplinario 20251200022133CS se asignó a la delegada para la operación el conocimiento de la etapa de instrucción, a partir de dicha fecha el grupo de control interno disciplinario a venido avanzando para la firma de la delegada para la operación los autos correspondientes	no se logra cumplir con los objetivos del indicador por las distintas causas administrativas	se realiza reunión con la delegada de la operación para determinar metodología de trabajo para la revisión y firma de los expedientes disciplinarios

Archivos adjuntos (2)

#	Nombre	Tipo	Tamaño
1	20253400022133CS.pdf	PDF	304.00 Kb
2	FOR-GDO-330-010 INFORMES DE PROCESOS DE SUPERVIGILANCIA PL/CURSO PARA INDICADORES ELLA	PDF	1.00 Mb

Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

3.4. RESULTADOS PROCESO DE EVALUACIÓN

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

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. El indicador presenta un cumplimiento favorable respecto a la meta establecida del 100%.

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como resultado del análisis de los indicadores reportados por los procesos de la Supervigilancia con corte al segundo trimestre 2025, se concluye:

- a) De los 46 indicadores con mediciones al segundo trimestre, 14 alcanzaron niveles sobresalientes de cumplimiento, 4 indicadores no alcanzaron la meta pero registran un comportamiento bueno, 7 indicadores están en estado malo y 5 indicadores registran reportes errados por lo que se reprocesan las variables para corrección por parte de los procesos. Así mismo, se registran 16 indicadores sin reporte para el segundo trimestre.

b) Indicadores sin reporte

PROCESO	INDICADOR
Gestión Administrativa	Mantenimiento de Infraestructura
Gestión Administrativa	Mantenimiento de vehículos
Gestión Administrativa	Oportunidad en el suministro de bienes de consumo y devolutivos
Gestión Administrativa	Austeridad del gasto
Gestión de Comunicaciones	Respuesta oportuna a las solicitudes de comunicación interna y externa
Gestión de Comunicaciones	Número de seguidores en redes sociales
Gestión de la Operación	Servicio no conforme
Gestión de la Operación	Efectividad del servicio operaciones
Gestión de Mejora Institucional	Eficacia del sistema de gestión de la calidad
Gestión de Sistemas e Información	Indicador de disponibilidad de los sistemas de información
Gestión del Talento Humano	Eficacia en la capacitación
Gestión del Talento Humano	Efectividad en la capacitación
Gestión del Talento Humano	Satisfacción de actividades realizadas plan de bienestar
Gestión del Talento Humano	Tasa de rotación de personal
Gestión del Talento Humano	Eficacia en la ejecución de actividades plan de bienestar
Gestión Documental	Transferencias primarias

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

- c) Se presentan debilidades recurrentes asociadas a rotación de personal, falta de planeación anticipada y problemas por la falta de gestor documental, afectando el cumplimiento de metas clave en áreas críticas como PQRS, gestión del servicio y respuesta oportuna.
- d) Los ajustes y modificaciones a los indicadores deben realizarse dando cumplimiento al Manual de Indicadores de Gestión vigente. No obstante, la solicitud de ajuste no exime, ni pospone, el reporte del indicador, el cual corresponde a lo establecido en la ficha técnica.

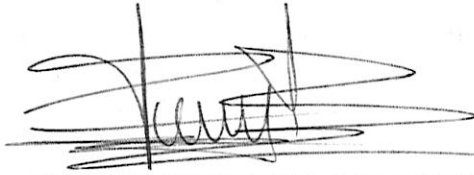
Desde la Oficina Asesora de Planeación y los profesionales que la integran se presta constante acompañamiento y asesoramiento a los procesos para que la gestión

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Memorando N°

institucional avance en el marco del cumplimiento de los objetivos y metas de la entidad acorde a lo establecido en la planeación institucional.

Cordialmente,



FRANCI ESPINOSA PALACIOS
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	JENNY ANDREA DIAZ CRIOLLO - COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	FRANCI ESPINOSA PALACIOS - JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO