Supervigilancia

20251200014163CS
28/5/2025, 10:13:00 a. m.
.NFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN I TRIMEST'LE 2025
Dep: GRUPO DE RECURSOS FINANCIEROS
Folio: 42 Anexo: 0
Usuario: PRESENCIAL

Memorando N°

FECHA: **12/05/2025**

PARA: **SUPERINTENDENTE**
DELEGADOS
LÍDERES DE PROCESO
COORDINADORES DE GRUPO

DE: **FRANCI ESPINOSA PALACIOS**
JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN

ASUNTO: **INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN I TRIMESTRE 2025**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 2
2. ANTECEDENTES 2
3. DESCRIPCIÓN ESTADÍSTICA DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN 3
3.1. GESTIÓN DE COMUNICACIONES – GCM 4
3.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO – DES 5
3.3. GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL – GMI 6
3.4. ALIANZA INTERINSTITUCIONAL – AIN 8
3.5. GESTIÓN DE LA OPERACIÓN – GOP 9
3.6. GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA – GCI 11
3.7. GESTIÓN JURÍDICA – GJU 16
3.8. GESTIÓN DEL SERVICIO – GSP 18
3.9. GESTIÓN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS – GPD 22
3.10. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO – GTH 25
Indicadores de Seguridad y Salud en el Trabajo 25
3.11. GESTIÓN FINANCIERA - GFI 26
3.12. GESTIÓN DOCUMENTAL – GDO 29
3.14. GESTIÓN ADMINISTRATIVA – GAD 33
3.15. GESTIÓN DE SISTEMAS E INFORMACIÓN – GSI 36
3.16. GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO – GES 39
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 40

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

Dirección: Calle 24A No. 59-42 Torre 4
Piso 3 Centro Empresarial Sarmiento Angulo
Conmutador: (+601) 307 8038
Línea gratuita: 01 8000 119703

Código: FOR-GDO-330-010
Fecha aprobación: 5/06/2024
Versión: 18

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 N° 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 Mejoramiento al proceso Gestión de Mejora Institucional, el ICONTEC le dejó la oportunidad de mejora que dice "**Revisar la formulación de los objetivos e indicadores de los procesos, para asegurar que estos propósitos (objetivos) sean medidos completamente**" cuyo entregable es "**Acta de la reuniones realizadas**".

3. El Plan de Acción Institucional 2024 que dice "**Emitir informe de gestión del proceso que contenga los resultados de la gestión realizada durante el periodo reportado - I trimestre DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**".

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 indicadores de todos los procesos de la Supervigilancia cuyas periodicidades de medición se encuentren dentro del primer trimestre 2025.

2. ANTECEDENTES

La Supervigilancia cuenta con Manual de indicadores de gestión (MAN-DES-120-004) que contiene toda la información a 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. A continuación, se registra el avance de la gestión en cada uno de los indicadores reportados por los procesos dentro del 1er trimestre de la vigencia.

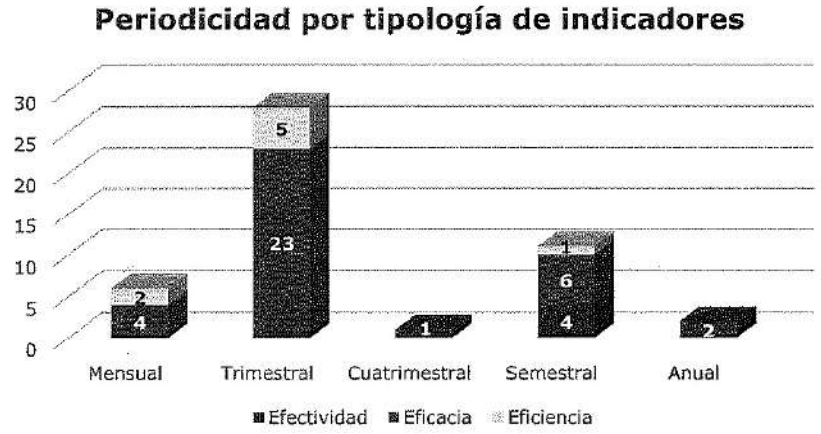
Memorando N°

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		5			5
Gestión de Comunicaciones		2			2
Gestión del Servicio		3			3
Alianza Interinstitucional			1		1
Gestión de la Operación	Misionales	2			2
Gestión del Control, Inspección y Vigilancia		3			3
Gestión Administrativa	Apoyo	1	8		9
Gestión Jurídica		3		1	4
Gestión de Sistemas e Información		4	1		5
Gestión del Talento Humano		15	6	3	24
Gestión Contractual		2	1		3
Gestión Financiera		2			2
Gestión Documental		1			1
Gestión Procesos Disciplinarios		1	1		2
Gestión de Evaluación y Seguimiento		2			2
Total IG		**36**	**8**	**4**	**48**
Total SGA		**0**	**5**	**0**	**5**
Total SST		**12**	**6**	**0**	**18**
TOTAL		**48**	**19**	**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 trimestre 2025. Esto significa que para este informe trimestral, se analizará lo reportado por los procesos en los 8 indicadores mensuales y 28 trimestrales.

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

Memorando N°

A continuación, se muestran los resultados obtenidos durante el primer trimestre de la vigencia por proceso:

3.1. GESTION DE COMUNICACIONES – GCM

El proceso reportó dos indicadores de gestión trimestral sin incluir el respectivo análisis, de la siguiente manera:

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
NUMERO DE SEGUIDORES EN REDES SOCIALES	4.04	10.00	40.43%
RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA	98.23	100.00	98.23%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

El indicador "Respuesta oportuna a las solicitudes de comunicación interna y externa" alcanzó un valor de 98,23% frente a una meta establecida del 100% al 31 de marzo de 2025. El resultado se clasifica en estado "Excelente", lo cual demuestra un altísimo nivel de cumplimiento, con un cumplimiento global del 98,23%.

Aunque no se logró el 100% deseado, el porcentaje alcanzado evidencia que la entidad respondió de manera muy efectiva y en los tiempos establecidos a las solicitudes recibidas tanto internas como externas.

El cumplimiento del 98,23% muestra que el proceso de atención a solicitudes está funcionando de forma muy eficiente, con márgenes de error o incumplimiento muy bajos (apenas un 1,77% por debajo de la meta).

La tendencia es ligeramente descendente (indicada por la flecha hacia abajo), lo cual sugiere que, aunque el resultado actual es excelente, existe un pequeño riesgo de que el indicador pueda bajar si no se refuerzan las acciones correctivas o preventivas necesarias. Es importante analizar las causas específicas de las pocas solicitudes que no fueron atendidas oportunamente, para corregir o fortalecer los procedimientos internos.

Se recomienda mantener el seguimiento riguroso y aplicar mejoras continuas, para evitar que la tendencia descendente se acentúe en los próximos períodos.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Corte: 31/Mar/2025 23:59

RESPUESTA OPORTUNA A LAS SOLICITUDES DE COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar	100.00	98.23	●	98.23%	↓
31/Mar/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Excelente		

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

NÚMERO DE SEGUIDORES EN REDES SOCIALES

El indicador "Número de seguidores en redes sociales" reporta un avance de 4% frente a una meta anual establecida de 10% para el corte al 31 de marzo de 2025. Esto representa un cumplimiento de 40,43% de la meta.

El cumplimiento del 40,43% es inferior a la meta planteada, no obstante, es importante advertir que la meta es anual y por ende el avance registrado al primer trimestre es acorde a lo esperado.

Sin embargo, es importante mantener bajo observación este indicador para el próximo trimestre ya que para entonces debe superar el 50% mínimo.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta: 31/Mar/2025 23:59

NUMERO DE SEGUIDORES EN REDES SOCIALES

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar	10	4		40.43%	↓
31/Mar/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Malo		

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

3.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO – DES

El proceso cuenta con dos indicadores de gestión para reporte en este trimestre así:

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN	77.14	80.00	96.43%
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS	5.56	2.00	277.78%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN

El indicador "Cumplimiento del plan de acción" muestra un valor de 77,14% frente a una meta programada de 80% para el corte de 31 de marzo de 2025, logrando un cumplimiento del 96,43%. El estado del indicador se clasifica como "Excelente" (color verde), aunque la tendencia muestra un ligero descenso, lo cual sugiere que debe mantenerse el control para evitar una disminución futura del desempeño.

El indicador se mantiene dentro de los parámetros óptimos de desempeño, mostrando un compromiso institucional efectivo en la implementación de las acciones planeadas. A pesar del excelente estado actual, la tendencia descendente advierte sobre la necesidad de reforzar el seguimiento y la ejecución para evitar que el indicador disminuya y afecte el cumplimiento final del año.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta: 31/Mar/2025 23:59

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar	80	77.14		96.43%	↓
31/Mar/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Excelente		

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El indicador "Cumplimiento de objetivos estratégicos" presenta un valor de 5,56% frente a una meta establecida de 2% al corte de 31 de marzo de 2025, logrando un cumplimiento del 100%. El estado del indicador es "Excelente" (marcado en verde), y aunque la tendencia muestra un leve descenso, el resultado evidencia

que el cumplimiento de los objetivos estratégicos en este periodo superó con creces la meta programada.

El cumplimiento del 100% respecto a la meta proyectada demuestra un desempeño institucional óptimo en la ejecución de los objetivos estratégicos.

No solo se cumplió con el 100% de la meta establecida, sino que el valor logrado (5,56%) más que duplicó la expectativa inicial (2%). Esto refleja una gestión proactiva y eficiente en la planeación y ejecución de acciones estratégicas.

El estado "Excelente" confirma que la entidad está alineada con su planificación estratégica y responde satisfactoriamente a los compromisos establecidos.

A pesar del resultado positivo, la tendencia a la baja sugiere que podría existir un riesgo de disminución en el ritmo de cumplimiento en los siguientes cortes, lo que hace necesario mantener la vigilancia y fortalecer la ejecución de acciones estratégicas de manera sostenida.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta: 31/Mar/2025 23:59

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar	2	5.56		100.00%	↓
31/Mar/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Excelente		

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

3.3. GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL – GMI

El proceso cuenta con cuatro indicadores de gestión de los cuales para este primer trimestre se reportan tres los cuales son:

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento	F
EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA LA GESTION DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES	30.00	90.00	33.33%	
SALIDAS NO CONFORMES CON TRATAMIENTO	100.00	99.00	101.01%	
CUMPUMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS DE CALIDAD	95.79	95.00	101.89%	

Fuente: SVE – Módulo Analítico

<u>EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES</u>

El indicador "Eficacia de las acciones para la gestión del riesgo y oportunidades" al 31 de marzo de 2025 presenta un valor de 30% frente a una meta establecida del 90%, alcanzando solo un cumplimiento del 33,33%. El estado del indicador es "Malo" (marcado en rojo) y la tendencia es descendente, lo que evidencia una gestión deficiente de las acciones de mitigación de riesgos y aprovechamiento de oportunidades durante el periodo evaluado.

El 33,33% de cumplimiento frente a la meta programada es una señal crítica de que las acciones diseñadas para gestionar riesgos y oportunidades no están siendo ejecutadas o no están teniendo el efecto esperado. El estado rojo refleja la necesidad urgente de revisar tanto la planificación como la implementación de las acciones correctivas y preventivas en la gestión de riesgos.

La disminución de la tendencia indica que, lejos de corregirse, el desempeño en este indicador continúa empeorando, lo que podría generar mayores vulnerabilidades institucionales si no se actúa rápidamente. El bajo nivel de eficacia en la gestión del riesgo compromete la capacidad de la organización para anticipar y responder adecuadamente a eventos adversos o a oportunidades estratégicas.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta: 31/Mar/2025 23:59

EFICACIA DE LAS ACCIONES PARA LA GESTION DEL RIESGO Y OPORTUNIDADES

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar	90.00	30.00		33.33%	↓
31/Mar/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Malo		

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

SALIDAS NO CONFORMES CON TRATAMIENTO

El indicador "Salidas no conformes con tratamiento" al 31 de marzo de 2025 presenta un valor de 100%, frente a una meta programada del 99%, logrando un cumplimiento del 100%. El estado del indicador es "Excelente" (representado en verde) y la tendencia es estable, lo que refleja un control efectivo sobre los productos o servicios que presentan no conformidades y su tratamiento adecuado.

Se alcanzó un 100% de cumplimiento, superando ligeramente la meta establecida (99%). Esto demuestra un manejo eficaz de los procesos de control de calidad y tratamiento de salidas no conformes. El resultado refleja un compromiso institucional con la mejora continua y el aseguramiento de la calidad en los procesos y servicios ofrecidos.

La estabilidad en la tendencia indica que los mecanismos implementados para identificar, tratar y resolver las salidas no conformes están consolidados y funcionan correctamente sin retrocesos.

Un 100% de tratamiento de salidas no conformes garantiza que la organización actúa de manera inmediata y eficiente ante desviaciones, asegurando la satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de estándares de calidad.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta: 31/Mar/2025 23:59

SALIDAS NO CONFORMES CON TRATAMIENTO

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar	99	100		100.00%	→
31/Mar/2025 23:59	PORCENTAJE	PORCENTAJE	Excelente		

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORÍAS DE CALIDAD

Al corte del 31 de marzo de 2025, el indicador "Cumplimiento de planes de mejoramiento de auditoría" alcanzó un valor de 97%, superando la meta establecida de 95%, lo que representa un cumplimiento del 100%. El estado es "Excelente" (marcado en verde), aunque la tendencia actual es ligeramente descendente, lo que sugiere que, si bien el resultado es sobresaliente, debe mantenerse el control para evitar retrocesos.

Memorando N°

El cumplimiento del 100% indica que la entidad ha ejecutado de manera completa las acciones de mejora derivadas de auditorías internas o externas. El resultado (97%) no solo cumple sino que supera la meta programada del 95%, evidenciando una gestión eficaz y oportuna del seguimiento a los hallazgos y recomendaciones.

El color verde refleja una adecuada implementación de los planes de mejora, lo cual contribuye directamente a la mejora continua del sistema de gestión institucional. Aunque aún se mantiene en excelente estado, la tendencia descendente alerta sobre una posible reducción en próximos cortes si no se refuerzan las acciones de seguimiento y sostenimiento.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta:

Comentarios de la variable CUMPLIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO DE AUDITORI...

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar 31/Mar/2025 23:59	95.00 PORCENTAJE	97 PORCENTAJE	Excelente	100.00%	↓

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

3.4. ALIANZA INTERINSTITUCIONAL – AIN

El proceso cuenta con un indicador de gestión con una frecuencia de medición mensual:

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
Eficiencia en la consulta de antecedentes penales y requerimientos judiciales	2.13	6.00	164.52%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

<u>EFICIENCIA EN LA CONSULTA DE ANTECEDENTES PENALES Y REQUERIMIENTOS JUDICIALES</u>

El indicador presenta un tiempo promedio de respuesta de 2,44 días, frente a una meta máxima de 6 días, lo que representa un cumplimiento del 100%. El estado es "Excelente", evidenciando una gestión ágil y efectiva en la atención de los requerimientos judiciales. Sin embargo, la tendencia muestra una ligera disminución, lo que sugiere que aunque el desempeño sigue siendo sobresaliente, se debe mantener el nivel de eficiencia para no retroceder.

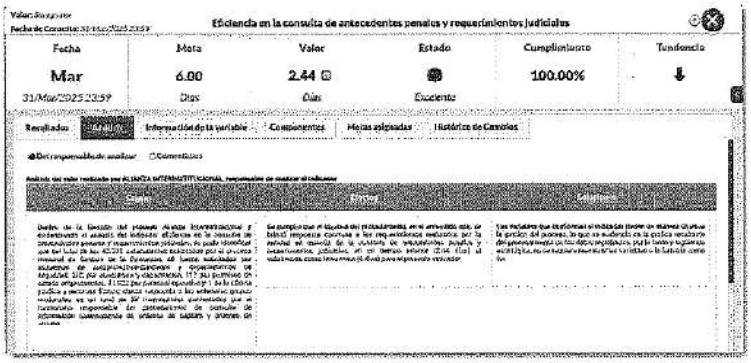
El resultado de 2,44 días es significativamente mejor que la meta de 6 días, demostrando una capacidad institucional destacada para responder oportunamente a consultas judiciales y penales. Se destaca la magnitud del proceso, con más de 42.290 consultas atendidas, la mayoría correspondientes a operaciones misionales, lo que evidencia una operación robusta y sistematizada.

La calificación se justifica no solo por el valor logrado, sino también por la consistencia en el cumplimiento del objetivo institucional de respuesta oportuna. Según el análisis incluido, no se requiere ajustar la fórmula ni las variables del indicador, ya que miden de forma lógica y adecuada el comportamiento del proceso.

Aunque la eficiencia es alta, la tendencia a la baja debe observarse con atención. Podría deberse a aumento de la demanda, cambios operativos o carga

administrativa, por lo que es recomendable reforzar controles operativos y mantener la trazabilidad de tiempos.

El proceso reportó el indicador de manera correcta y completa, incluyendo el respectivo análisis.



Fuente: SVE – Módulo Indicadores

3.5. GESTIÓN DE LA OPERACIÓN – GOP

El proceso de gestión de la Operación cuenta con dos indicadores de gestión reportados de la siguiente manera:

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
SERVICIO NO CONFORME	16.31	2.00	-615.60%
EFECTIVIDAD DEL SERVICIO OPERACIONES	6.99	35.00	19.96%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

EFECTIVIDAD DEL SERVICIOS OPERACIONES

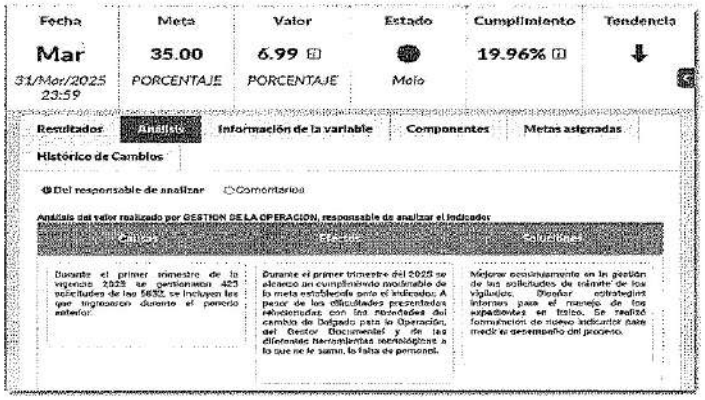
El indicador muestra un desempeño significativamente inferior a lo esperado, con un cumplimiento de apenas el 19.96% frente a la meta establecida del 35%. Esta baja efectividad refleja una gestión deficiente del servicio durante el primer trimestre de 2025. A pesar de que se gestionaron 423 solicitudes, la cifra es marginal en comparación con las 5.632 solicitudes que ingresaron, lo que evidencia un alto rezago en la atención. Entre los factores identificados se destacan:

- Cambios operativos internos, como la rotación del delegado para la operación.
- Fallas en las herramientas tecnológicas.
- Problemas persistentes de falta de personal.

Estos elementos afectan directamente la capacidad de respuesta institucional, impactando la eficiencia, la oportunidad del servicio y la percepción del usuario vigilado.

Recomendaciones:

- Refuerzo de personal: Priorizar la contratación o redistribución estratégica de talento humano para atender la carga operativa.
- Gestión documental y tecnológica: Optimizar las herramientas tecnológicas y asegurar su disponibilidad y funcionalidad continua.
- Reformulación del indicador: Evaluar si el indicador actual refleja adecuadamente la operación real y ajustar su diseño, si es necesario.
- Plan de mejora: Implementar estrategias internas de control de tiempos, trazabilidad y reporte de avances para corregir desviaciones y mejorar progresivamente el desempeño.



Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar 31/Mar/2025 23:59	35.00 PORCENTAJE	6.99 PORCENTAJE	Malo	19.96%	

Resultados | Análisis | Información de la variable | Componentes | Metas asignadas

Histórico de Cambios

Del responsable de analizar | Comentarios

Análisis del valor realizado por GESTION DE LA OPERACION, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Soluciones
Durante el primer trimestre de la vigencia 2025 se gestionaron 423 solicitudes de las 5632, se incluyen las que trascienden durante el periodo anterior.	Durante el primer trimestre del 2025 se alcanzó un cumplimiento inferior de la meta establecida para el indicador. A pesar de las dificultades presentadas relacionadas con las novedades del cambio de Delegado para la Operación, del Gestor Documental y de las diferentes herramientas tecnológicas a la que se le sumó, la falta de personal.	Mejorar sustancialmente en la gestión de las solicitudes de crédito de los vigilados. Diseñar estrategias internas para el manejo de los expedientes en físico. Se realizó formulación de nuevo indicador para medir el desempeño del proceso.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

SERVICIO NO CONFORME

El indicador refleja un desempeño alarmantemente negativo. Frente a una meta de mantener los servicios no conformes en un nivel inferior al 2%, se reporta un 16%, lo que equivale a una desviación extrema y una calificación de cumplimiento de -615.60%, claramente crítica.
En términos operativos, se identificaron 69 casos no conformes sobre 423 solicitudes gestionadas. Esta alta proporción revela problemas estructurales en la calidad del servicio, atribuibles, según el análisis de la entidad, a:

- Cambios internos como la rotación del Delegado de Operación.
- Ausencia de Gestor Documental.
- Deficiencias en la suscripción de actos administrativos.

Si bien se resalta que las no conformidades fueron corregidas antes de la entrega final, el volumen y la frecuencia de los errores señalan debilidades en el proceso preventivo, en lugar de una gestión eficiente de calidad.

Recomendaciones:

- Implementar controles de calidad en origen: Fortalecer las etapas iniciales del proceso para evitar salidas no conformes en lugar de corregirlas al final.
- Fortalecer la gestión documental: Reintegrar o reemplazar con urgencia al Gestor Documental, dado que su ausencia genera riesgos transversales.
- Capacitación al personal: Invertir en formación técnica sobre normativas, control de calidad y protocolos de atención.

- Ajustar metas o reformular el indicador: Considerar la pertinencia del valor meta y rediseñar el indicador si no refleja adecuadamente la realidad operacional.
- Seguimiento y trazabilidad: Implementar un sistema de alertas internas que permita hacer seguimiento en tiempo real de los procesos críticos.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta: 31/Mar/2025 23:59

SERVICIO NO CONFORME

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar 31/Mar/2025 23:59	2.00 PORCENTAJE	16 PORCENTAJE	Malo	-615.60%	↑

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

Del responsable de analizar | Comentarios

Análisis del valor realizado por GESTION DE LA OPERACION, responsable de analizar el indicador

Fuente	Efectos	Tolerancia
Durante el primer trimestre de la vigencia 2025 en el proceso se identificaron 69 servicios no conforme, cifra mayor a la meta del 2%, teniendo en cuenta las dificultades relacionadas con el cambio de Delegado de Operación, en referencia a la suscripción de las actas administrativas y la falta de Gestor Documental.	Durante el primer trimestre del 2025 el proceso identificó 69 como servicio no conforme de los 423 solicitudes gestionadas, lo cual indica alcanzó a llegar al 16% que es más de lo de la meta establecida.	Las 69 salidas no conformes identificadas se corrigieron antes de su entrega al usuario final.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

3.6. 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.

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
ESTUDIOS DE FONDO ELABORADOS	5.49	50.00	10.97%
CUMPLIMIENTO EN LA RESPUESTA DE QUEJAS	34.83	90.00	38.70%
CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS SANCIONATORIOS	72.83	90.00	80.93%
CUMPLIMIENTO DE LAS VISITAS DE INSPECCIÓN	95.24	80.00	119.05%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

<u>ESTUDIOS DE FONDO ELABORADOS</u>

El indicador presenta un valor de cumplimiento del 5,49% frente a una meta trimestral del 50%, lo que representa un cumplimiento real de solo 10,97%. Pese a esta baja ejecución, el sistema lo clasifica con un estado "Excelente", posiblemente por la calidad técnica del proceso o la forma de medición. La tendencia se mantiene estable, lo cual indica que no hay mejora ni deterioro significativo respecto a trimestres anteriores.

El avance de 5,49% respecto a una meta del 50% refleja una ejecución crítica del proceso, con un rezago evidente en la elaboración de estudios de fondo durante el primer trimestre. Aunque el sistema marca el estado como "Excelente", el cumplimiento real (10,97%) es extremadamente bajo, por lo cual esta calificación

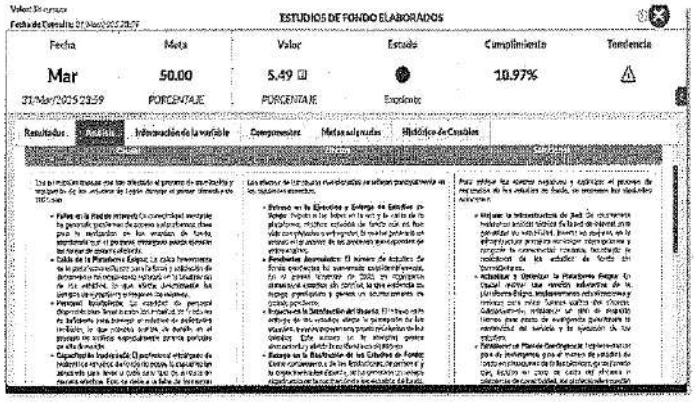
requiere una revisión metodológica. Es probable que el semáforo esté asociado a otra variable secundaria o a un desfase de programación.

Causas identificadas:

- Fallas en la red de internet y caída de plataformas tecnológicas.
- Falta de personal suficiente y capacitado para ejecutar los estudios.
- Problemas de gestión operativa, que derivan en cuellos de botella y acumulación de tareas.

Efectos documentados:

- Retrasos significativos en la ejecución de estudios de fondo.
- Acumulación de pendientes administrativos.
- Pérdida de confianza en la atención y baja satisfacción del usuario.
- Riesgo de congestión en los próximos trimestres si no se toman correctivos.



Fuente: SVE – Módulo Indicadores

CUMPLIMIENTO EN LA RESPUESTA DE QUEJAS

El indicador muestra un cumplimiento de apenas 34,83% frente a una meta del 90%, lo que representa un avance de 38,70% del objetivo. El estado es "Malo" (marcado en rojo), y la tendencia es estable, lo que indica que no hay mejora sustancial frente a trimestres anteriores. Este desempeño revela graves retrasos en la gestión de quejas, con impacto directo en la percepción de los usuarios y en la eficiencia institucional.

El nivel de cumplimiento es muy bajo, con más del 60% de las quejas sin gestión dentro del plazo esperado, lo que compromete la función institucional de respuesta oportuna al ciudadano.

Principales causas identificadas:

- Fallas en la red de internet, que impiden el acceso fluido a las plataformas necesarias para tramitar las quejas.
- Caídas en la plataforma Esigna, usada para firma y validación de documentos.

- Falta de personal suficiente, especialmente en picos de alta demanda.

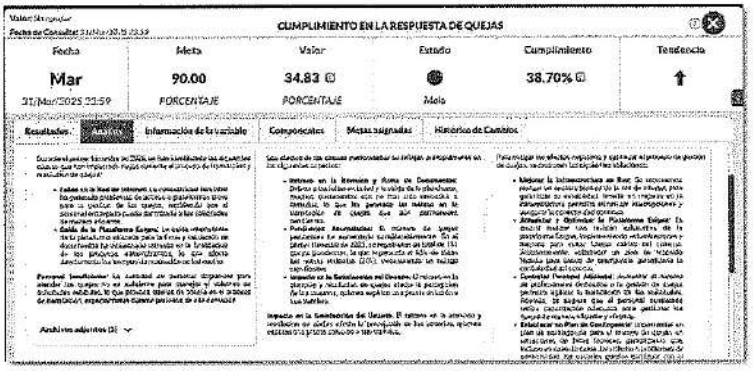
Efectos observados:

- Retraso significativo en la revisión y cierre de quejas.
- Acumulación de trámites pendientes (más de 200 en el trimestre).
- Disminución en la satisfacción del usuario y pérdida de confianza en la capacidad institucional de respuesta.

Recomendaciones propuestas en el análisis:

- Mejorar la infraestructura tecnológica (red y plataformas).
- Aumentar el personal disponible y capacitarlo en gestión de trámites.
- Implementar un plan de contingencia ante fallas técnicas, con procedimientos manuales o alternativos.

Este indicador refleja un riesgo reputacional y funcional alto, al evidenciar una debilidad estructural en el sistema de atención al ciudadano. Aunque se identificaron soluciones concretas, su implementación debe ser prioritaria para evitar un agravamiento de la situación en el próximo trimestre.



Fuente: SVE – Módulo Indicadores

CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS SANCIONATORIOS

El indicador muestra un valor de 72,83% frente a una meta establecida del 90%, lo que representa un cumplimiento del 80,93%. A pesar del avance, el estado es "Malo" (color rojo), y la tendencia es estable, lo que indica que no ha habido mejoras sustanciales en el último periodo. En términos operativos, de los 600 actos previstos, solo se ejecutaron 437 actos administrativos firmados.

Aunque se logró un cumplimiento del 80,93%, el indicador está por debajo del umbral esperado del 90%, lo que refleja una brecha significativa en la ejecución de los actos sancionatorios.

Principales causas identificadas:

- Fallas técnicas en el Gestor Documental, que afectaron la preparación y firma de actos.

- Limitaciones de hardware, con equipos insuficientes para el volumen de trabajo.
- Inestabilidad en la red de internet, que ocasionó interrupciones en el acceso a sistemas y plataformas de validación.

Efectos evidenciados:

- Avance en descongestión: A pesar del incumplimiento, se logró una reducción significativa del rezago acumulado, firmando más del 70% de los actos proyectados.
- Mejora parcial en eficiencia: Se avanzó en la velocidad de preparación y expedición de actos, aunque persisten los cuellos de botella tecnológicos.

Soluciones propuestas:

- Optimización del gestor documental y mantenimiento preventivo.
- Actualización de equipos de cómputo y mejora de la infraestructura de red.
- Planes de respaldo técnico, para mitigar futuras interrupciones del sistema.

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.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

CUMPLIMIENTO DE LAS VISITAS DE INSPECCIÓN

Durante el primer trimestre de 2025, el Grupo de Inspección tenía programadas 42 visitas según el Plan Anual. De estas, se realizaron 40 visitas, alcanzando un valor del 95,24%, lo que representa un cumplimiento del 100% frente a la meta esperada del 80%. El estado del indicador es "Excelente" y presenta una tendencia positiva, reflejando una mejora continua en la ejecución de estas actividades.

El valor del indicador (95,24%) supera holgadamente la meta establecida (80%), posicionándolo como un resultado altamente satisfactorio en términos operativos.

Distribución de visitas: De las 40 visitas ejecutadas:

- 21 fueron por prestación no autorizada,
- 17 fueron visitas de verificación,
- 1 fue extraordinaria,
- 1 fue ordinaria.

Causas de las 2 visitas no realizadas:

- Fallas constantes en el gestor documental Esigna, que impidieron consultar documentos previos o realizar notificaciones necesarias.
- Dificultades técnicas atribuibles a otras áreas de soporte más que al grupo de inspección directamente.

Efectos destacados:

- El grupo priorizó eficazmente las visitas más relevantes (no autorizadas y de verificación), optimizando su impacto fiscalizador.
- La no ejecución de las 2 visitas no comprometió el cumplimiento global del indicador gracias al margen excedente frente a la meta base.

Recomendaciones del análisis:

- Resolver las fallas del gestor documental en conjunto con el área responsable para evitar afectaciones futuras.
- Implementar medidas transitorias o definitivas que garanticen el acceso a la documentación requerida para programar y ejecutar visitas.

El indicador refleja una gestión eficiente y proactiva por parte del Grupo de Inspección, que cumplió con sus responsabilidades priorizando las visitas de mayor impacto. La única limitante operativa fue de carácter tecnológico y externa al grupo, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los sistemas de soporte documental. La tendencia ascendente sugiere que con mejoras en estos aspectos, el grupo podría sostener o incluso ampliar su cobertura en el siguiente trimestre.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

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

Memorando N°

3.7. GESTIÓN JURÍDICA – GJU

El proceso cuenta con cuatro indicadores de gestión, tres de ellos cuentan con una frecuencia de medición trimestral, sin embargo, el indicador Defensa Judicial no fue reportado en el primer trimestre de esta vigencia.

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento	F
ATENCIÓN DE LOS RECURSOS DE REPOSICION Y APELACION	45.67	80.00	57.09%	
DEFENSA JUDICIAL	100.00	80.00	125.00%	
CARTERA RECAUDADA	16.21	10.00	162.09%	

Fuente: SVE – Módulo Analítico

CARTERA RECAUDADA

El valor reportado para el primer trimestre de 2025 es de 16%, frente a una meta establecida de 10%, lo que implica un cumplimiento del 100%. El estado del indicador es "Excelente" y presenta una tendencia ascendente, lo cual sugiere un comportamiento positivo sostenido en el proceso de recuperación de cartera por parte de la gestión jurídica.

El resultado supera significativamente la meta proyectada, lo que evidencia una ejecución eficiente en los procesos de recuperación de cartera durante el periodo evaluado.

Causas identificadas:

- Se reconoce la necesidad de más herramientas tecnológicas y recurso humano, lo cual, aunque no impidió el cumplimiento, representa una alerta para garantizar la sostenibilidad del buen resultado.

Efectos observados:

- El valor de la cartera recaudada puede fluctuar según la intensidad en la gestión de cobro (impulsos procesales).
- El cumplimiento podría estar relacionado con acciones concentradas o procesos de recaudo previamente avanzados.

Acciones tomadas:

- Se elaboró y presentó un informe de necesidades operativas del grupo jurídico ante la superintendente, lo cual denota gestión proactiva para evitar cuellos de botella futuros.

El desempeño del indicador es altamente satisfactorio, tanto en cumplimiento como en tendencia. No obstante, las observaciones internas revelan que este resultado se alcanzó a pesar de limitaciones técnicas y de personal, lo cual amerita la atención institucional para evitar una eventual caída en trimestres siguientes. Es clave fortalecer las capacidades del equipo jurídico para garantizar que la efectividad mostrada se mantenga y se escale.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

ATENCIÒN DE LOS RECURSOS DE REPOSICIÒN Y APELACIÒN

El valor alcanzado del indicador fue de 45,67%, frente a una meta programada del 80%, lo que representa un cumplimiento del 57,09%. El sistema clasifica el resultado como "Malo" (color rojo), aunque la tendencia es ascendente, lo que indica que ha habido cierta mejoría respecto a periodos anteriores, pero aún insuficiente para revertir el bajo desempeño general.

Se observa un rezago significativo en la gestión de recursos de reposición y apelación, con una brecha de más de 30 puntos porcentuales respecto a la meta establecida, lo cual compromete la eficacia en la atención oportuna de los derechos de los usuarios.
El indicador refleja un desempeño institucional deficitario en la atención de recursos administrativos, con implicaciones legales y reputacionales. A pesar de que se observa una leve mejora (tendencia al alza), urge la implementación de un plan de choque que fortalezca la capacidad operativa del área encargada, priorizando la descongestión, la trazabilidad y el seguimiento de términos.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

DEFENSA JUDICIAL

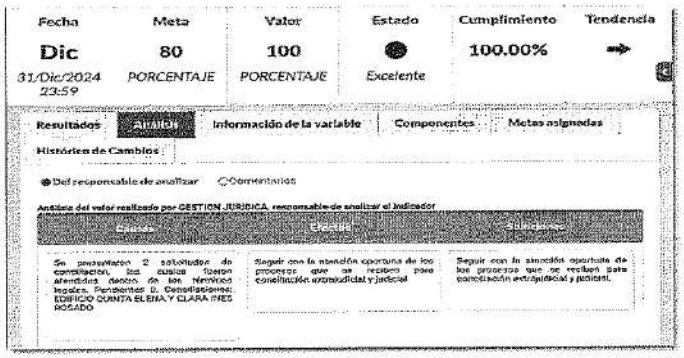
El resultado correspondiente al cuarto trimestre de 2024 refleja un cumplimiento sobresaliente del indicador, superando la meta trazada. Se logró una cobertura del 100% en los procesos judiciales gestionados, lo cual indica una adecuada capacidad de respuesta y seguimiento por parte del área jurídica de la entidad frente a las demandas y obligaciones legales.

Pese al excelente desempeño mostrado hasta diciembre de 2024, no se ha reportado información correspondiente al primer trimestre de 2025, lo cual representa un riesgo para el seguimiento oportuno del comportamiento del indicador en la vigencia actual. Esta omisión afecta la trazabilidad del desempeño

institucional y puede reflejar debilidades en la articulación entre el área jurídica y el sistema de seguimiento (Suite Visión).

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.



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

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

Del responsable de analizar | Comentarios

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

Causa	Efectos	Solución
Se presentaron 2 solicitudes de conciliación, las cuales fueron atendidas dentro de los términos legales. Peticiones 0, Conciliaciones: EDIFICIO QUINTA ELENA Y CLARA INES 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.

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

3.8. GESTIÓN DEL SERVICIO – GSP

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

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
RESPUESTA OPORTUNA PQRSD	3.27	90.00	3.64%
SATISFACCION DEL USUARIO - Canales de atención	23.97	70.00	34.25%
GESTION DE NOTIFICACIONES	43.34	70.00	61.91%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

<u>Gestión de Notificaciones</u>

El indicador presenta un valor de 43%, frente a una meta establecida del 70%, con un cumplimiento real del 61,91%. El estado del indicador es "Malo" (señalado

en rojo), y la tendencia es descendente, lo que indica un deterioro progresivo en la eficiencia del proceso de notificaciones.

El cumplimiento está más de 15 puntos porcentuales por debajo de la meta, lo que evidencia ineficiencias sistemáticas en la gestión de las notificaciones que impactan negativamente la oportunidad de las respuestas institucionales.

Principales causas identificadas:

- Personal nuevo en etapa de aprendizaje, sin experiencia suficiente.
- Rotación constante del personal y demora en nuevos nombramientos.
- Falla en el gestor documental desde el 19 de marzo, lo cual ha afectado la gestión técnica del proceso.

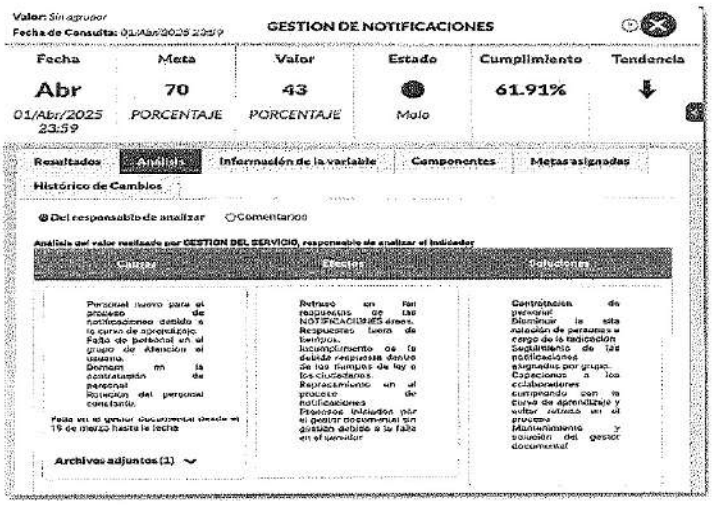
Efectos observados:

- Retrasos en las respuestas de notificaciones.
- Incumplimiento de términos legales en la atención a los ciudadanos.
- Procesos iniciados sin gestión efectiva, por fallas del sistema documental.

Soluciones propuestas:

- Contratación de personal adicional y estabilización del equipo de trabajo.
- Capacitación intensiva a nuevos colaboradores para reducir el impacto de la curva de aprendizaje.
- Mantenimiento y solución urgente del gestor documental, que representa un cuello de botella crítico.

El indicador refleja un problema estructural y operativo en el proceso de notificaciones, con causas tanto humanas como tecnológicas. La situación compromete la capacidad institucional para cumplir con los tiempos de ley y genera riesgo reputacional y jurídico. Es prioritario implementar medidas de choque, especialmente en soporte técnico y fortalecimiento del equipo humano, para revertir la tendencia negativa en los próximos ciclos.



Memorando N°

Fuente: SVE – Módulo Indicadores

RESPUESTA OPORTUNA PQRSD

El valor del indicador es 0%, frente a una meta establecida del 90%, lo que representa un cumplimiento nulo (0.00%). El estado es "Malo" (color rojo) y la tendencia es descendente, 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.

Principales causas identificadas:

- Falta de canal de atención directa (no hay Call Center ni Chat).
- Radicación por correo electrónico genera alto volumen e informalidad.
- Curva de aprendizaje del nuevo personal, sin formación suficiente.
- Falta de personal en el grupo de Atención al Usuario.
- Demora en contrataciones y alta rotación de personal.
- Falla en el gestor documental desde el 19 de marzo.
- Problemas de radicación múltiple, por errores en la asignación y por sede electrónica intermitente.

Efectos observados:

- Retraso generalizado en la asignación y respuesta de PQRS.
- Respuestas fuera de tiempo y procesos sin trazabilidad.
- Doble radicación y represamiento de solicitudes.
- Falta de control institucional para asegurar el cumplimiento del procedimiento.

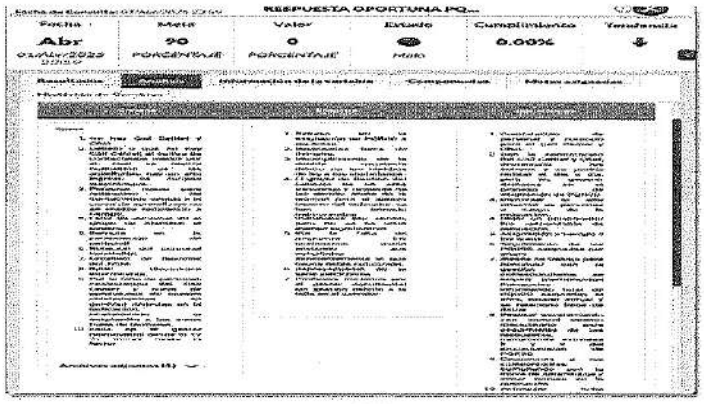
Soluciones propuestas:

- Contratación inmediata de personal y habilitación del Call Center y Chat.
- Asignación a tiempo y seguimiento por grupo de PQRS.
- Capacitación intensiva al personal nuevo y asignación fija de responsables.
- Implementación de mesas de trabajo y control interno disciplinario para asegurar trazabilidad y cumplimiento del procedimiento.
- Mantenimiento urgente del sistema documental.

Este es uno de los indicadores más críticos reportados. 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.

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

Memorando N°



Fuente: SVE – Módulo Indicadores

SATISFACCION DEL USUARIO - Canales de atención

El valor alcanzado por el indicador es de 23,97%, frente a una meta del 70%, lo que representa un cumplimiento del 34,25%. 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.

El nivel de satisfacción del usuario es alarmantemente bajo, indicando problemas estructurales en la atención, seguimiento y resolución de solicitudes ciudadanas (PQRS y otros trámites).

Principales causas identificadas:

- Falta de Call Center y canal de Chat, lo cual ha generado una sobrecarga del correo electrónico como medio de contacto.
- Personal nuevo sin capacitación suficiente, lo que limita la eficiencia en la radicación y respuesta.
- Falta de personal y rotación constante, dificultando la estabilización de los procesos.
- Fallas en la sede electrónica e interrupciones del gestor documental desde el 19 de marzo.

Efectos observados:

- Respuestas fuera de término legal, lo cual impacta negativamente la percepción de los ciudadanos.
- Doble radicación y represamiento por fallos en la trazabilidad.
- Procesos iniciados sin gestión, debido a fallas tecnológicas, generando frustración en los usuarios.

Soluciones propuestas:

- Contratación urgente de personal y habilitación del Call Center y Chat.
- Asignación oportuna y seguimiento por grupo de PQRS.
- Capacitación intensiva del personal nuevo, para reducir la curva de aprendizaje.
- Implementación de mesas de trabajo con reporte mensual de seguimiento.

Mantenimiento del sistema documental y fortalecimiento de la sede electrónica. El bajo nivel de satisfacción del usuario representa una alerta institucional prioritaria, con impacto directo sobre la legitimidad, confianza ciudadana y cumplimiento de los principios de servicio al público. La entidad debe adoptar acciones inmediatas, integrales y sostenidas, tanto tecnológicas como humanas, para revertir esta tendencia. Se recomienda una estrategia de recuperación basada en tres frentes: infraestructura tecnológica, estabilización operativa y atención al usuario.

Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

3.9. GESTIÓN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS – GPD

El proceso cuenta con 2 indicadores de gestión, con frecuencia de medición trimestral, los cuales tienen reporte evidente con fecha enero del 2025.

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
ATENCION DE PROCESOS DISCIPLINARIOS	3.83	20.00	19.13%
CANTIDAD DE PROCESOS IMPULSADOS POR PROFESIONAL	13.36	50.00	26.71%
ATENCION DE LOS PROCESOS DISCIPLINARIOS	3.83	10.00	38.25%

Fuente: SVE – Módulo de Analítico

<u>ATENCION DE LOS PROCESOS DISCIPLINARIOS</u>

El indicador presenta un valor de 9% frente a una meta del 10%, lo que arroja un cumplimiento del 86,05%, clasificado en estado "Bueno" (color amarillo). Sin embargo, la tendencia es descendente, lo cual podría ser un indicio de retroceso si no se toman acciones correctivas oportunas.

Si bien el indicador se clasifica como "Bueno" y se aproxima al cumplimiento total, la disminución frente al valor meta y la tendencia negativa indican una posible desaceleración en la atención efectiva de procesos disciplinarios.

Memorando N°

Causas identificadas:

- El rango de evaluación impuesto por la Oficina Asesora de Planeación se considera poco ajustado a la realidad del proceso disciplinario.
- Existen diferencias entre lo que exige la ficha técnica y la manera como realmente se gestiona la información, lo que genera desgaste administrativo y afecta la visibilidad de los logros del equipo disciplinario.

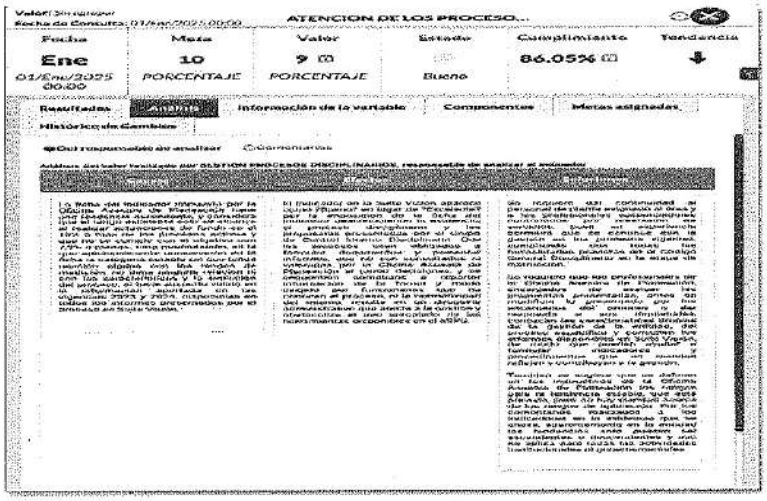
Efectos observados:

- La percepción de desempeño puede estar distorsionada en el sistema Suite Visión debido a errores en la definición del indicador.
- Procesos de reporte se vuelven burocráticos y son gestionados por personas que no conocen la especificidad del proceso, lo que afecta la utilidad de las herramientas como el MIPG.

Soluciones propuestas:

- Continuidad del personal especializado y contratación de profesionales idóneos en el área disciplinaria.
- La Oficina Asesora de Planeación debe revisar y ajustar los rangos de calificación del indicador con base en evidencia y la realidad del proceso.
- Se propone evaluar los procedimientos y criterios técnicos usados en la ficha, para garantizar que reflejen fielmente la gestión disciplinaria institucional.

Aunque el indicador muestra un cumplimiento cercano al objetivo, el análisis cualitativo evidencia una desconexión entre la medición y la realidad operativa. La entidad debe avanzar hacia una armonización técnica entre los responsables del proceso y la Oficina de Planeación, para que los indicadores verdaderamente reflejen el esfuerzo institucional y no generen cargas administrativas innecesarias ni interpretaciones distorsionadas.



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

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

Memorando N°

CANTIDAD DE PROCESOS IMPULSADOS POR PROFESIONAL

El indicador reporta un valor de 13,36 frente a una meta de 50, lo que representa un cumplimiento del 26,71%, clasificado en estado "Malo" (color rojo), con una tendencia descendente. Esto refleja un desempeño muy por debajo de lo esperado en el impulso de procesos disciplinarios, según los parámetros definidos por la Oficina Asesora de Planeación.

El cumplimiento del 26,71% evidencia una gran brecha entre la meta impuesta y la capacidad real operativa, lo que plantea serias dudas sobre la pertinencia de los criterios de evaluación utilizados.

Causas identificadas:

- La meta y tendencia establecida por la Oficina Asesora de Planeación no se fundamentan en la evidencia real del proceso disciplinario ni en su normativa vigente.
- Se impuso una meta de 50 procesos impulsados, cuando históricamente y conforme a la capacidad real del equipo y la naturaleza de los procesos, la cifra manejada ha sido significativamente menor (por ejemplo, 30).
- La falta de articulación técnica entre Planeación y los responsables del proceso ha llevado a la imposición de criterios arbitrarios, ajenos al funcionamiento real del sistema disciplinario.

Efectos observados:

- La gestión disciplinaria aparece ante el sistema como deficiente, aunque sí se estén cumpliendo las obligaciones legales y regulatorias.
- Se genera desgaste administrativo innecesario por tener que justificar el incumplimiento de metas descontextualizadas.
- Esto también puede afectar negativamente el clima organizacional y la motivación del personal involucrado.

Soluciones propuestas:

- Garantizar la continuidad del personal capacitado y de los profesionales externos con experiencia.
- La Oficina Asesora de Planeación debe revisar, ajustar y consensuar las metas, partiendo de la evidencia disponible, los informes históricos y la normativa vigente.
- Se sugiere definir instructivos claros sobre cómo deben establecerse las tendencias y los rangos, para que realmente contribuyan a la gestión institucional y no la distorsionen.

El bajo cumplimiento reportado en este indicador no refleja necesariamente una ineficiencia real, sino más bien un problema estructural en la definición de metas e indicadores. Es urgente una revisión metodológica y concertada entre Planeación y el área disciplinaria para ajustar los parámetros del indicador, de modo que estén alineados con la naturaleza y capacidad del proceso, y realmente sirvan como herramienta de mejora continua y no como obstáculo injustificado.

Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

3.10. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO – GTH

El proceso cuenta con 6 indicadores de gestión los cuales tienen una frecuencia de medición semestral lo cual no aplica para el análisis en el primer trimestre.

Indicadores de Seguridad y Salud en el Trabajo

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, la Supervigilancia cuenta con 18 indicadores de Seguridad y Salud en el Trabajo. Estos indicadores registran la siguiente periodicidad:

Tomado informe indicadores II trimestre

Teniendo en cuenta que de los 18 indicadores SST vigentes, 3 son de medición anual, 7 indicadores de medición trimestral, 1 indicador de medición semestral y

7 indicadores de medición anual. A continuación, se muestran los resultados obtenidos de los indicadores a reportar en el tercer trimestre de la vigencia 2024:

INDICADOR SST	Meta	Jul	Agos	Sept	Frecuencia
Severidad de accidentalidad	2				Mensual
Frecuencia de Accidentalidad	2				Mensual
Ejecución reuniones CCL SGSST	100				Trimestral
Ejecución reuniones COPASST	100				Trimestral
Ejecución del plan de capacitación en SST	80				Trimestral
Ausentismo por causa médica	1				Mensual
Ejecución del plan de trabajo anual y su cronograma	80				Trimestral
Intervención de los peligros identificados y riesgos priorizados	80				Trimestral
Acciones correctivas ejecutadas	80				Trimestral
Acciones preventivas ejecutadas	80				Trimestral

Se observa que en el primer trimestre el proceso no ha podido avanzar con el reporte de indicadores, se continúa instando al reporte oportuno de estos indicadores. Por lo tanto, se recomienda realizar una mesa de trabajo para evidenciar la dificultad ante el reporte de la información y así prestar el soporte correspondiente desde la oficina asesora de planeación.

3.11. GESTIÓN FINANCIERA - GFI

El proceso no ha reportado los indicadores de manera mensual ni trimestral tal y como lo expresa la información de la variable; el último mes reportado es del mes de diciembre. Incluyen el respectivo análisis.

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
RECAUDO CONTRIBUCIÓN	0.52	80.00	0.65%
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	64.54	95.00	67.93%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

<u>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</u>

Interpretación y análisis del indicador "Ejecución Presupuestal" — Corte 31 de diciembre de 2024, arroja los siguientes resultados:

El indicador de ejecución presupuestal evidencia un desempeño deficiente, dado que, aunque se esperaba ejecutar el 95% de los recursos asignados, solo se alcanzó el 64.54%, lo que representa un cumplimiento del 67.93% respecto a la meta trazada. Este resultado se traduce en un estado "malo" según el semáforo de evaluación institucional, reflejando que no se logró materializar una parte significativa del presupuesto.

La tendencia estable sugiere que, a pesar del bajo resultado, el comportamiento del indicador no ha mostrado variaciones significativas en los periodos recientes; sin embargo, esto también puede reflejar una falta de mejora continua o de acciones correctivas eficaces.

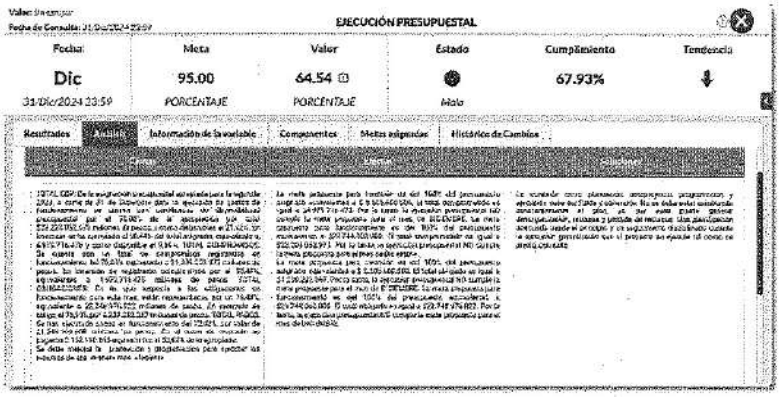
Adicionalmente, preocupa que durante el año 2025 no se ha realizado ningún reporte mensual, lo cual impide el seguimiento oportuno, limita la capacidad de ajuste y puede poner en riesgo nuevas metas de ejecución. La ausencia de datos actualizados compromete la trazabilidad de la gestión financiera y debilita la rendición de cuentas institucional.

Efectos identificados

- No se cumplieron las metas de ejecución tanto para funcionamiento como para inversión, lo que puede afectar la operatividad institucional, la ejecución de proyectos y la percepción de eficiencia del gasto público.
- La desconexión entre planeación, anteproyecto, programación y ejecución genera pérdidas de oportunidad, reprocesos, retrasos y subutilización de recursos.

Recomendaciones

- Planificación integrada y anticipada: Se debe mejorar la articulación entre las etapas de formulación, aprobación y ejecución presupuestal, con una planificación alineada desde el inicio del proceso.
- Seguimiento riguroso y continuo: Implementar alertas tempranas para identificar retrasos en compromisos y obligaciones presupuestales.
- Cierre eficiente: Fortalecer la estrategia de ejecución en el último trimestre del año, para garantizar un cierre fiscal con niveles de cumplimiento adecuados.
- Actualización mensual 2025: Es preocupante que no se haya registrado ningún dato en el 2025; esto impide medir y corregir desviaciones tempranas. Es urgente reactivar el seguimiento mensual del indicador.



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

RECAUDO CONTRIBUCIÒN

A diciembre de 2024, el indicador presenta un resultado crítico: de una meta anual del 80%, solo se alcanzó un 0.52%, con un cumplimiento del 0.65%, estado malo y tendencia descendente. Esta cifra representa un incumplimiento sustancial de la meta y refleja una caída abrupta frente a valores registrados en trimestres anteriores, donde se alcanzaban niveles cercanos o incluso superiores al 90%.

Memorando N°

El valor final de 0.52% implica que el proceso de recaudo no solo no se ejecutó de manera efectiva en el último trimestre de 2024, sino que probablemente se presentaron fallas en la consolidación de la información o en el reporte de los datos a tiempo.

Aunque hubo trimestres con comportamiento positivo, el resultado anual revela que no se logró sostener ni institucionalizar un ciclo constante de recaudo. Esto plantea una debilidad estructural en la continuidad de las acciones.

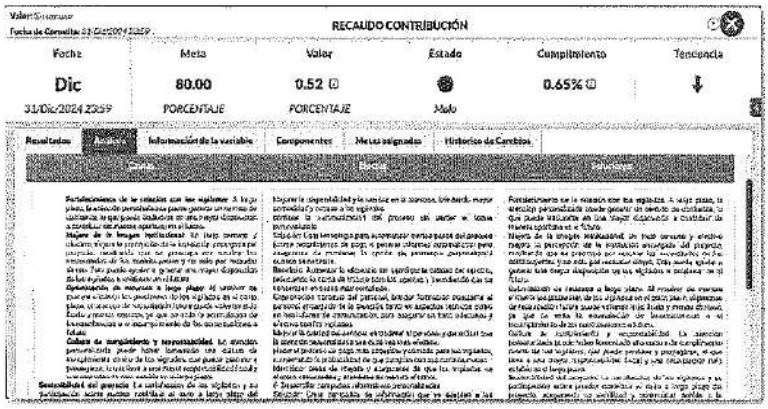
La ausencia total de reportes trimestrales durante la nueva vigencia (2025) genera una pérdida de trazabilidad, impide conocer la evolución actual del indicador y evidencia un incumplimiento en los procedimientos de control y evaluación.

Posibles Causas del Bajo Desempeño:

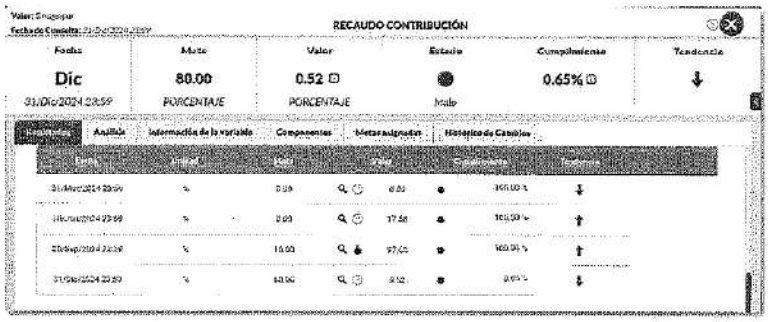
- Desarticulación operativa: La diferencia entre los resultados trimestrales anteriores y el corte anual puede sugerir inconsistencias en los procesos de consolidación, validación y carga de información.
- Limitada gestión con los vigilados: La falta de una estrategia activa para garantizar la recaudación, así como una cultura de cumplimiento fiscal poco fortalecida, afectan directamente el comportamiento del indicador.
- Problemas de planificación: La desconexión entre la meta establecida, las capacidades reales y las estrategias de ejecución puede haber generado una sobreestimación del cumplimiento esperado.

Recomendaciones Estratégicas:

- Revisión y ajuste de procesos de captura y validación de datos: Asegurar que los registros de recaudo sean sistemáticos, oportunos y estén alineados con el calendario operativo institucional.
- Fortalecimiento del relacionamiento con los sujetos obligados: Implementar mecanismos personalizados de contacto, campañas pedagógicas y recordatorios automatizados.
- Normalización de reportes en 2025: Reactivar de forma inmediata el ciclo de reportes trimestrales y establecer alertas tempranas para prevenir el rezago en la información.
- **Evaluación** técnica del diseño del indicador: Verificar si la meta planteada (80%) es razonable con relación a los recursos, herramientas y capacidades disponibles.



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

3.12. GESTIÓN DOCUMENTAL – GDO

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
TRANSFERENCIAS PRIMARIAS	100.00	100.00	100.00%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

<u>TRANSFERENCIAS PRIMARIAS</u>

Aunque el indicador alcanzó la totalidad de la meta establecida (100%), el sistema clasifica el resultado en estado "Bueno" en lugar de "Excelente". Esto sugiere que, a pesar del cumplimiento numérico, pueden existir factores cualitativos o de gestión que afecten la valoración total del desempeño, tales como la sostenibilidad del proceso, oportunidad en el reporte, o debilidades operativas subsanadas temporalmente.

Causas identificadas:

- Acumulación de documentos: Producto de la operación diaria, que genera rezagos si no se gestiona periódicamente.
- Cumplimiento normativo: La Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 01 de 2024 exigen que las entidades realicen transferencias al archivo central, lo que motivó la ejecución.

Memorando N°

- Optimización de espacio y seguridad: La saturación de espacios físicos y el riesgo de deterioro documental impulsaron la necesidad de transferir archivos oportunamente.

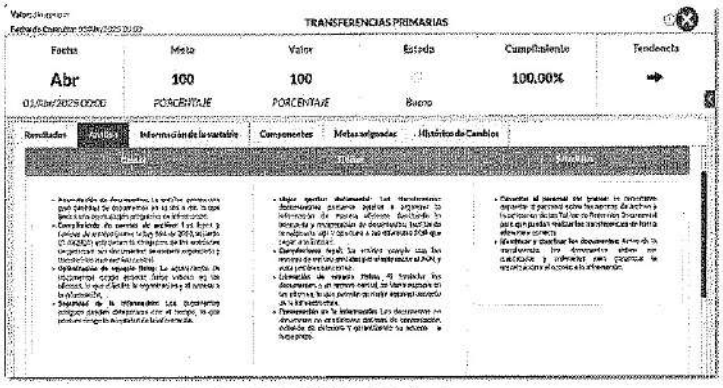
Efectos observables:

- Mejora de la gestión documental: Se logró depurar, clasificar y transferir información, optimizando el acceso y fortaleciendo la capacidad de respuesta de la entidad.
- Liberación de espacio físico: Permitió un mejor uso de la infraestructura disponible.
- Cumplimiento legal: La acción se ajusta a lo estipulado por la normativa vigente.
- Preservación documental: Se garantiza la conservación a largo plazo bajo condiciones técnicas adecuadas.

Soluciones implementadas o propuestas:

- Capacitación por grupos: Se fortalecieron competencias del personal en normativas archivísticas y TRD.
- Clasificación previa a la transferencia: Se mejoraron los procesos internos para asegurar que solo se transfieran documentos organizados y útiles.

El resultado demuestra una ejecución eficaz, pero el calificativo de "bueno" podría indicar que el proceso fue más reactivo que preventivo, o que se requirió una acción correctiva de alto impacto que no necesariamente garantiza sostenibilidad. Es decir, aunque la meta se cumplió en cifras, podría faltar continuidad o sistematicidad en el cumplimiento, lo que justificaría no clasificarlo como "excelente".



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

3.13. GESTIÓN CONTRACTUAL – GCO

El proceso cuenta con 3 indicadores, uno de cumplimiento mensual y dos de cumplimiento trimestral, esos son:

Memorando N°

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
ADJUDICACION DE PROCESOS POR CONVOCATORIA PÚBLICA	100.00	95.00	105.26%
CUMPLIMIENTO EN EL TRÁMITE DE CERTIFICACIONES	100.00	90.00	111.11%
CONTRATACIÓN OPORTUNA DE LA MODALIDAD DIRECTA	2.00	7.00	171.43%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

CUMPLIMIENTO EN EL TRÁMITE DE CERTIFICACIONES

Durante el primer trimestre de 2025, el indicador de cumplimiento en el trámite de certificaciones muestra un comportamiento altamente positivo. Con una meta establecida del 90%, el valor alcanzado en marzo fue del 100%, lo que representa un cumplimiento total y mantiene el estado "Excelente". La tendencia observada es estable, evidenciando consistencia en la gestión. En enero se observó un ligero descenso con un 91,17%, pero rápidamente se corrigió en los meses siguientes.

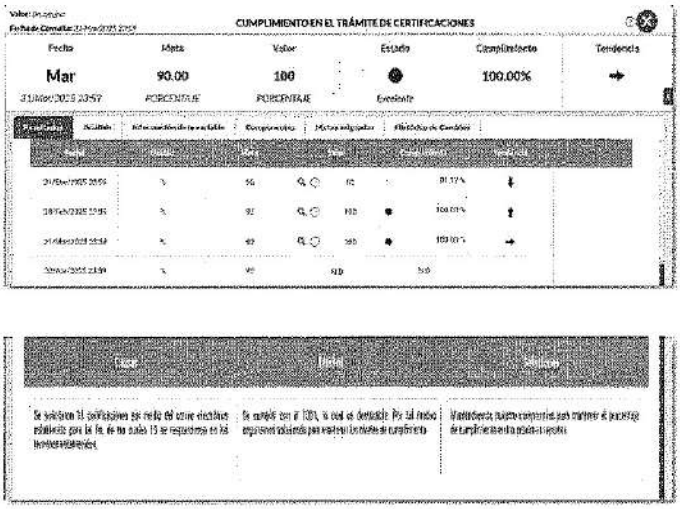
La totalidad de las 13 solicitudes de certificación recibidas en marzo fueron atendidas dentro del plazo, evidenciando una gestión eficiente por parte del área de Gestión Contractual. El uso adecuado del canal establecido (correo electrónico) y la capacidad de respuesta del equipo permitieron alcanzar un rendimiento óptimo.

El cumplimiento del 100% 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.

Aunque el mes de enero presentó una ligera desviación con respecto a la meta, se corrigió oportunamente. Febrero y marzo alcanzaron el 100% de cumplimiento, lo que refleja capacidad de ajuste y estabilización del proceso.

La sostenibilidad de este rendimiento dependerá 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 desempeño del indicador en el primer trimestre de 2025 es altamente satisfactorio. La evolución positiva de la tendencia, sumada a la estabilidad alcanzada en febrero y marzo, refleja un proceso maduro, bien estructurado y alineado con los objetivos institucionales. El reto de cara al futuro será mantener esta consistencia e implementar mecanismos preventivos para evitar retrocesos, especialmente ante posibles aumentos en la demanda o cambios operativos.



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

ADJUDICACIÒN DE PROCESOS POR CONVOCATORIA PÙBLICA

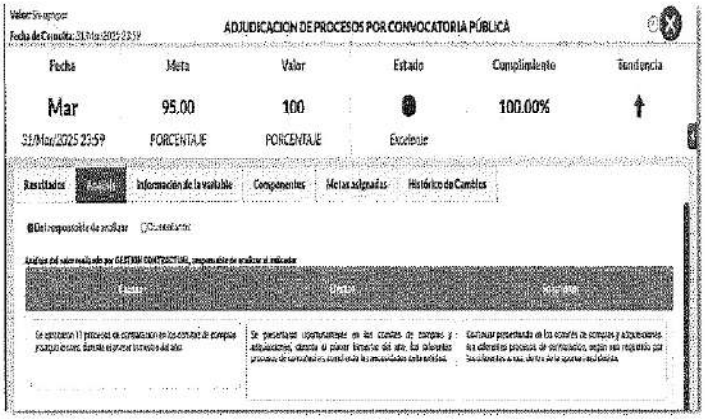
Durante el primer trimestre del año 2025, el indicador alcanzó un rendimiento óptimo en la adjudicación de procesos por convocatoria pública. Se aprobaron 11 procesos de contratación en los comités de compras y adquisiciones, y todos fueron gestionados oportunamente según lo requerido por las diferentes áreas. Esto demuestra que la entidad no solo cumplió con la meta establecida, sino que superó el estándar esperado, consolidando su compromiso con una gestión contractual eficiente y transparente.

Causas: La clave del éxito estuvo en la organización y oportunidad en la presentación de los procesos contractuales en los comités correspondientes. La gestión proactiva permitió que las necesidades institucionales se atendieran sin demoras ni reprocesos.

Efectos: Este alto nivel de cumplimiento garantiza fluidez en la ejecución de los planes operativos de la entidad, asegura la disponibilidad de bienes y servicios a tiempo, y fortalece la confianza institucional tanto interna como externamente. Además, contribuye a una mayor trazabilidad y rendición de cuentas en los procesos de contratación pública.

Soluciones: La continuidad en la participación activa en los comités, así como la coordinación entre las áreas solicitantes y la oficina de contratación, resultan esenciales. Este modelo debe mantenerse como práctica estándar para garantizar sostenibilidad en los resultados.

El desempeño del indicador es sobresaliente y refleja una gestión contractual eficaz y articulada. La tendencia ascendente indica que no solo se están cumpliendo los objetivos, sino que también hay mejoras continuas en la planeación y ejecución de procesos contractuales. La principal recomendación es mantener la disciplina operativa lograda, institucionalizar las buenas prácticas y anticipar posibles cuellos de botella para seguir fortaleciendo los niveles de eficiencia y transparencia.



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

<u>CONTRATACIÓN OPORTUNA DE LA MODALIDAD DIRECTA</u>

A pesar de que el valor absoluto alcanzado (2 contratos) es significativamente menor que la meta cuantitativa esperada (7), el sistema marca un cumplimiento del 100%. Esto se debe a que los contratos ejecutados se atendieron de forma eficiente y dentro de los tiempos establecidos, tal como lo señala el responsable del análisis: se firmaron 178 contratos en total durante el trimestre, con una atención promedio de dos días hábiles por trámite, lo cual evidencia agilidad y eficacia en el proceso.

Este desempeño sugiere que el indicador no mide volumen, sino oportunidad en la gestión de los trámites de contratación directa. Es decir, lo que se evalúa no es cuántos contratos se hicieron, sino si los que se llevaron a cabo se gestionaron dentro del plazo estipulado. En este sentido, el cumplimiento es legítimo, dado que se respetaron los términos y se garantizó la atención adecuada de los procesos solicitados.

El resultado del indicador refleja una gestión contractual eficiente en términos de oportunidad. La institución está cumpliendo con los tiempos establecidos para la contratación directa, lo cual aporta agilidad, evita retrasos operativos y genera confianza institucional. Se recomienda mantener el ritmo de trabajo y documentar buenas prácticas que aseguren sostenibilidad, al tiempo que se revisan los criterios de evaluación del indicador para alinear expectativas sobre cantidad y oportunidad.

3.14. GESTIÓN ADMINISTRATIVA – GAD

El proceso cuenta con 4 indicadores de gestión con frecuencia de reporte trimestral, los cuales evidencian último registro a septiembre del 2024; estos son:

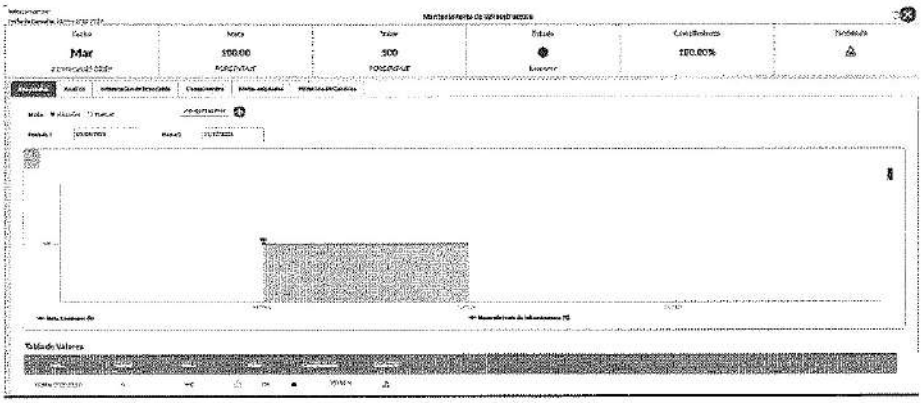
Memorando N°

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
AUSTERIDAD DEL GASTO	14.50	10.00	55.00%
Mantenimiento de Infraestructura	100.00	100.00	100.00%
Mantenimiento de Vehiculos	Mantenimiento de Infraestructura		%
OPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE BIENES DE CONSUMO Y DEVOLUTIVOS	100.00	100.00	100.00%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

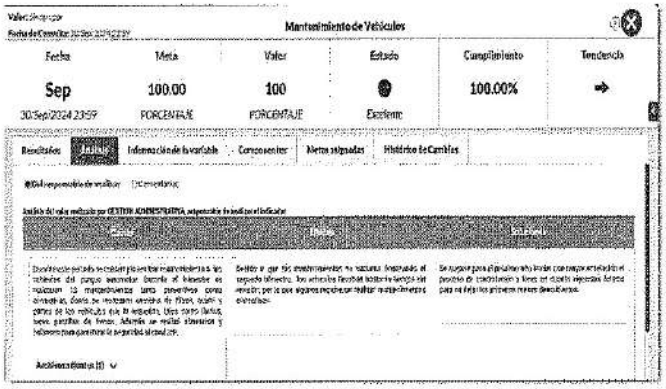
MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA

Se registra reporte a marzo 2025 sin análisis siendo recomendable completar.



MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS

Indicador reportado a septiembre 2024. Registra periodos sin reportar. Se sugiere cumplir con la periodicidad de los reportes y reforzar la anticipación del proceso de contratación de servicios de mantenimiento. Esto permitirá garantizar la continuidad operativa del parque automotor y mantener el estándar de cumplimiento observado en trimestres anteriores.



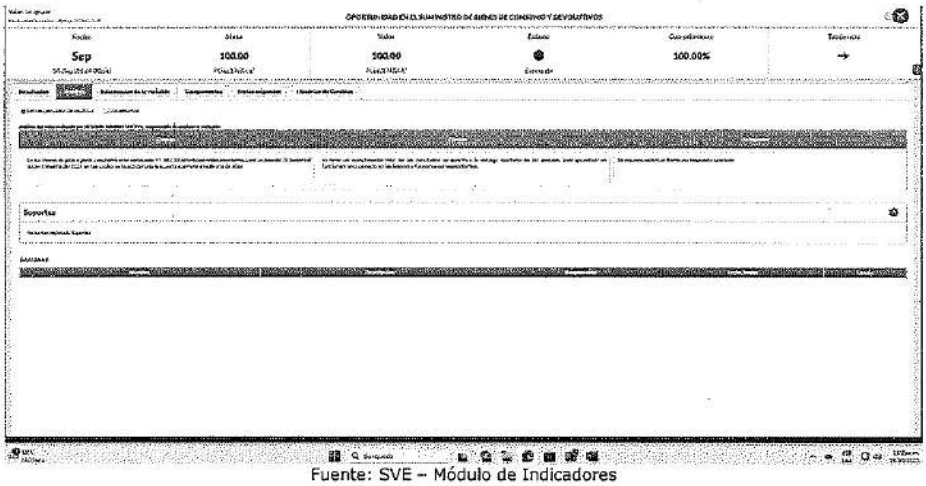
Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

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

Memorando N°

OPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE BIENES DE CONSUMO Y DEVOLUTIVOS

Indicador reportado a septiembre 2024. Registra periodos sin reportar. Se sugiere cumplir con la periodicidad de los reportes y reforzar la anticipación del proceso de contratación de servicios de mantenimiento. Esto permitirá garantizar la continuidad operativa del parque automotor y mantener el estándar de cumplimiento observado en trimestres anteriores.



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

AUSTERIDAD DEL GASTO

Indicador reportado a septiembre 2024. Registra periodos sin reportar. Se sugiere cumplir con la periodicidad de los reportes y reforzar la anticipación del proceso de contratación de servicios de mantenimiento. Esto permitirá garantizar la continuidad operativa del parque automotor y mantener el estándar de cumplimiento observado en trimestres anteriores.

Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

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

3.15. 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 tiene dos indicadores de cumplimiento mensual pero solo ha reportado informes del mes de enero y no se ha reportado el informe del primer trimestre del indicador con frecuencia trimestral.

Nombre	Valor	Meta	Cumplimiento
Porcentaje de avance en cumplimiento de entregables de los proyectos activos del PETI	80.00	100.00	80.00%
Indicador de disponibilidad de los sistemas de información	89.12	100.00	89.12%
CUMPLIMIENTO PRESUPUESTAL PROYECTOS PETI	90.87	100.00	90.87%
Indicador de cumplimiento de los acuerdos de niveles de servicio (ANS)	93.45	100.00	93.45%
Servicios de soporte	100.00	100.00	100.00%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

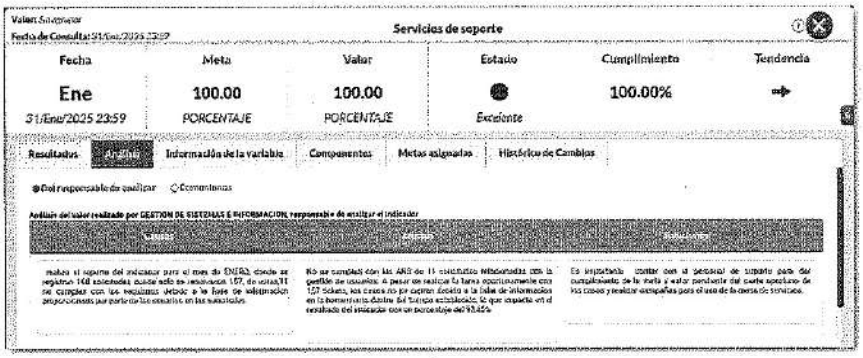
<u>SERVICIOS DE SOPORTE</u>

Durante el mes de enero de 2025, el área de Gestión de Sistemas e Información logró un excelente desempeño en la atención de solicitudes de soporte, alcanzando el 100% de cumplimiento respecto a la meta mensual establecida. Se reportaron 168 solicitudes, de las cuales se resolvieron 157. Las 11 restantes no se cerraron formalmente en la herramienta, debido a la falta de información adecuada por parte de los usuarios, lo que impactó el valor individual del indicador en un porcentaje interno del 93.45%. No obstante, el área aplicó una política de solución oportuna, cumpliendo con los tiempos y manteniendo el compromiso institucional.

Pese al cumplimiento destacado en enero, es relevante señalar que el indicador tiene periodicidad mensual, y solo se ha registrado información correspondiente al mes de enero de 2025. La ausencia de reportes para los meses siguientes impide evaluar la sostenibilidad del desempeño y limita el seguimiento técnico y administrativo sobre esta función crítica de soporte. Esta omisión puede comprometer la trazabilidad y la toma de decisiones, especialmente en procesos que dependen de infraestructura tecnológica y respuesta oportuna en soporte TI.

Memorando N°

El indicador evidencia una capacidad instalada fuerte y una ejecución eficiente del servicio de soporte en enero, sin embargo, **urge** reactivar los reportes mensuales correspondientes a los periodos posteriores para garantizar la continuidad en la gestión, validar la tendencia de cumplimiento y asegurar que las decisiones institucionales estén soportadas en datos actualizados y confiables.



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE LOS ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO

El indicador evalúa el cumplimiento de los compromisos establecidos en los niveles de servicio (ANS) de soporte técnico y atención a usuarios, cuya meta mensual es del 100%. En el corte correspondiente al 31 de enero de 2025, se reporta un cumplimiento de 93.45%, lo cual, aunque se cataloga como "Excelente", se encuentra por debajo de la meta establecida.

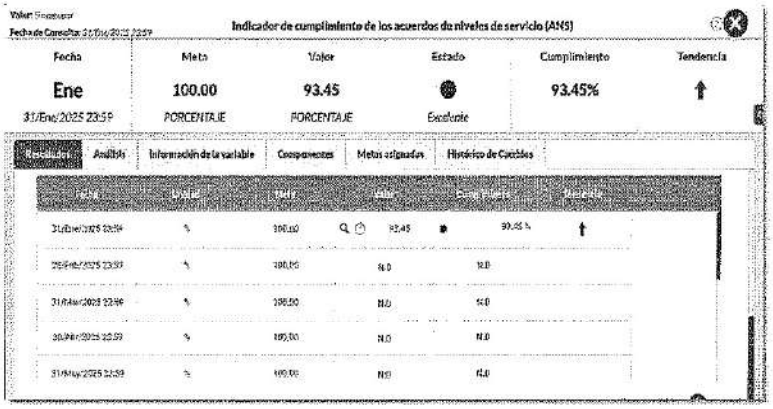
A pesar de ser un indicador de seguimiento mensual, el único reporte registrado corresponde al mes de enero de 2025. No se han reportado valores para los meses de febrero, marzo, abril ni mayo. Esta omisión impide un análisis de tendencia confiable y un control de desempeño continuo, lo cual afecta la capacidad institucional de anticiparse a posibles deficiencias operativas.

Aunque el resultado de enero se aproxima a la meta (93.45%), se evidencian 11 casos que no cumplieron los ANS, principalmente por fallas en el diligenciamiento de información por parte de los usuarios en la mesa de servicios. El cumplimiento parcial resalta la necesidad de fortalecer la comunicación con los usuarios para mejorar la calidad de las solicitudes y cerrar oportunamente los casos.

La falta de reportes mensuales en un indicador crítico podría interpretarse como debilidad en la trazabilidad institucional o deficiencias en la sistematización de los resultados.

Aunque el valor de enero es aceptable, la ausencia de seguimiento mensual en un indicador clave compromete la evaluación integral del servicio. Se recomienda reactivar los reportes mensuales de manera inmediata y consolidar estrategias para el cierre oportuno de solicitudes con el cumplimiento de todos los requisitos

técnicos, a fin de mantener una tendencia positiva en el desempeño. ¿Deseas que redacte una recomendación formal para la dirección?



Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

INDICADOR DE DISPONIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÒN

Análisis del indicador "Disponibilidad de los sistemas de información" con Corte al 30 de septiembre de 2024, mide la capacidad de la entidad para mantener operativos sus sistemas informáticos, aspecto clave para el funcionamiento institucional y la atención al ciudadano. A pesar de que la meta establecida era del 100%, el valor alcanzado fue de 89.12%, lo cual ubica el cumplimiento en un 89.12%, con un estado calificado como "Bueno". No obstante, la tendencia es descendente, lo que genera una alerta sobre la estabilidad del servicio.

No se ha reportado el informe del último trimestre de 2024 (corte diciembre) ni del primer trimestre de 2025, lo cual limita la capacidad de análisis de tendencia continua y seguimiento al comportamiento del indicador. Esta omisión afecta la transparencia del seguimiento y reduce la posibilidad de tomar decisiones correctivas a tiempo.

Si bien el cumplimiento al corte de septiembre fue relativamente bueno, la caída en el indicador y la falta de reportes subsiguientes reflejan debilidades tanto en la continuidad operativa de los sistemas como en la gestión de seguimiento y evaluación institucional. Se recomienda fortalecer los procesos de monitoreo, generar alertas tempranas ante caídas de disponibilidad, y asegurar la regularidad del reporte para facilitar acciones oportunas.

Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

3.16. 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	Valor	Meta	Cumplimiento
CUMPLIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORIA	85.71	100.00	85.71%

Fuente: SVE – Módulo Analítico

<u>CUMPLIMIENTO PLAN ANUAL</u>

El indicador presenta un cumplimiento del 85.71% frente a una meta establecida del 100%, lo cual se traduce en una brecha de ejecución del 14.29%. A pesar de este desfase, el sistema lo clasifica como "Excelente", lo que sugiere que dentro del umbral definido por la metodología de evaluación, este valor es considerado satisfactorio.

Sin embargo, desde una perspectiva cualitativa, es importante destacar que no alcanzar el 100% en un indicador crítico puede tener implicaciones en el cumplimiento total de metas institucionales, especialmente si se trata de actividades de control, evaluación o seguimiento. El hecho de no haber llegado al valor objetivo puede deberse a factores operativos como retrasos, falta de personal o dificultades logísticas, que si bien no impidieron un resultado alto, sí representan alertas que deben atenderse.

En resumen, aunque el desempeño es positivo y demuestra un avance significativo en la ejecución del indicador, es recomendable hacer seguimiento a las causas del incumplimiento parcial, para garantizar que en los próximos periodos no se profundice la tendencia descendente observada. La calificación "Excelente" no debe invisibilizar las oportunidades de mejora.

Memorando N°

Si bien el indicador refleja un cumplimiento notable, es indispensable no conformarse con un resultado inferior al 100% en un aspecto tan crítico como el control interno. La gestión de auditorías está directamente ligada a la prevención de riesgos, el aseguramiento del cumplimiento normativo y la credibilidad institucional. La tendencia descendente y las causas operativas deben ser atendidas prioritariamente para garantizar un segundo trimestre con cobertura total y evitar impactos mayores en la planeación anual.

Valor: Sin agrupar
Fecha de Consulta: 31/Mar/2025 23:59

CUMPLIMIENTO PLAN ANU...

Fecha	Meta	Valor	Estado	Cumplimiento	Tendencia
Mar 31/Mar/2025 23:59	100.00 PORCENTAJE	85.71 PORCENTAJE	Excelente	85.71%	↓

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

◉Del responsable de analizar ○Comentarios

Análisis del valor realizado por GESTION EVALUACION Y SEGUIMIENTO, responsable de analizar el indicador

Causas	Efectos	Acciones
Con el fin de cumplir con los requisitos y debido a la falta de personal durante los meses de enero y febrero en la oficina de control interno, se lleva a cabo el comité de gestión y desempeño para aprobar los cambios en las fechas de algunas actividades del plan anual de auditorías y solicitar la aprobación.	El incumplimiento del plan anual de auditorías puede ocasionar posibles sanciones por parte de los entes de control y también la materialización de los riesgos asociados.	Contratación de personal idóneo para asegurar el cumplimiento de las actividades programadas en el plan anual de auditorías. Distribución de las actividades planeadas y aprobadas en el plan anual de auditorías, para una mejor organización y seguimiento.

Fuente: SVE – Módulo de Indicadores

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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

a) Se evidencia una gestión institucional mixta, con indicadores que alcanzan niveles sobresalientes de cumplimiento (100%), mientras que otros presentan brechas significativas frente a las metas establecidas, reflejando una necesidad de fortalecer la capacidad operativa de algunas áreas.

b) 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	Estratégico	2	1		**3**
Gestión de Mejora Institucional		5			**5**
Gestión de Comunicaciones		2			**2**
Gestión del Servicio		3			**3**
Alianza Interinstitucional			1		**1**
Gestión de la Operación	Misional	2			**2**
Gestión del Control, Inspección y Vigilancia		3			**3**
Gestión Administrativa	Ap	1	8		**9**
Gestión Jurídica		3		1	**4**

Memorando N°

PROCESO	Eficacia	Eficiencia	Efectividad	TOTAL
Gestión de Sistemas e Información	4	1		**5**
Gestión del Talento Humano	15	6	3	**24**
Gestión Contractual	2	1		**3**
Gestión Financiera	2			**2**
Gestión Documental	1			**1**
Gestión Procesos Disciplinarios	1	1		**2**
Gestión de Evaluación y Seguimiento	2			**2**
Total IG	**36**	**8**	**4**	**48**
Total SGA	**0**	**5**	**0**	**5**
Total SST	**12**	**6**	**0**	**18**
TOTAL	**48**	**19**	**4**	**71**

De los 48 indicadores de gestión vigentes, 46 requieren medición mensual, trimestral, cuatrimestral o semestral. Para el corte del primer trimestre se analizaron 36 indicadores de los cuales 13 se encuentran en estado excelente, 1 en estado bueno, 10 en estado malo.

c) Indicadores sin reporte

PROCESO	INDICADOR	ULTIMO REPORTE
GESTIÒN ADMINISTRATIVA	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA	SEPT 2024
GESTIÒN ADMINISTRATIVA	MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	SEPT 2024
GESTIÒN ADMINISTRATIVA	OPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE BIENES DE CONSUMO	SEPT 2024
GESTIÒN ADMINISTRATIVA	AUSTERIDAD EN EL GASTO	SEPT 2024
GESTIÒN DE SISTEMAS DE INFROMACIÒN	INDICADOR DE DISPONIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÒN	SEPT 2024
GESTIÒN FINANCIERA	RECAUDO Y CONTRIBUCIÒN	DIC 2024
GESTIÒN JURÌDICA	DEFENSA JUDICIAL	DIC 2024
GESTIÒN FINANCIERA	EJECUCIÒN PRESUPUESTAL	DIC 2024
GESTIÒN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS	CANTIDAD DE PROCESOS IMPULSADOS POR PROFESIONAL	DIC 2024
GESTIÒN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS	ATENCIÒN DE LOS PROCESOS DISCIPLINARIOS	DIC 2024
GESTIÒN DE SISTEMAS DE INFORMACIÒN	SERVICIOS DE SOPORTE	DIC 2024
GESTIÒN DE SISTEMAS DE INFORMACIÒN	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO DE LOS NIVELES DE SERVICIO	DIC 2024

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

d) La ejecución presupuestal y el recaudo de contribuciones presentan los desempeños más críticos, lo cual impacta la disponibilidad de recursos y la sostenibilidad financiera del organismo.

e) Se presentan debilidades recurrentes asociadas a rotación de personal, falta de planeación anticipada y problemas en el sistema documental, afectando

el cumplimiento de metas clave en áreas críticas como PQRS, gestión del servicio y respuesta oportuna.

f) 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 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	DIEGO ALEJANDRO ZULUAGA SALAZAR - CONTRATISTA	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL
Revisó y Aprobó	JENNY ANDREA DÍAZ CRIOLLO – COORD. GRUPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL FRANCI ESPINOSA PALACIOS – JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Dirección: Calle 24A No. 59-42 Torre 4
Piso 3 Centro Empresarial Sarmiento Angulo
Conmutador: (+601) 307 8038
Línea gratuita: 01 8000 119703

Código: FOR-GDO-330-010
Fecha aprobación: 5/06/2024
Versión: 18