

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	1 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

TIPO DE AUDITORÍA INTERNA:
AUDITORIA A PROCESO

NOMBRE:
AUDITORIA AL PROCESO SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO A LA GESTION

DEPENDENCIA QUE PRESENTA EL INFORME DE AUDITORÍA:
OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTA, MAYO DE 2025

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	2 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Tabla de contenido

1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA: 3

2. ALCANCE: 3

3. EQUIPO DE TRABAJO: 3

4. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:..... 3

5. CONTEXTO DEL PROCESO A AUDITAR 4

6. METODOLOGÍA APLICADA: 7

7. RESULTADOS DEL PROCESO AUDITOR: 8

7.1. FORTALEZAS Y/O MEJORAS OBSERVADAS:..... 8

7.2 HALLAZGOS: 8

7.3. RESPUESTAS DEL AUDITADO: 22

7.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA: 23

7.5. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS: 26

7.6. ANEXOS: 26

8. CONCLUSIONES: 26

9. RECOMENDACIONES GENERALES: 27

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	3 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

Realizar una evaluación de la gestión del proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, el cual tiene como objeto garantizar el mejoramiento continuo de los procesos. La evaluación se centrará en la planificación e implementación de actividades orientadas al seguimiento, medición y análisis de la gestión institucional, con el fin de proporcionar información clave para la toma de decisiones y fortalecer las capacidades del instituto.

2. ALCANCE:

Evaluar la gestión del proceso durante el periodo comprendido entre la vigencia 2024 y de enero 1 al 28 de febrero de 2025. La evaluación abarcará todas las etapas del proceso, desde la planificación y desarrollo de las herramientas de gestión, hasta las actividades de seguimiento, medición y análisis de la gestión institucional, con el objetivo de determinar la efectividad y eficiencia de las acciones implementadas

3. EQUIPO DE TRABAJO:

ROLES	NOMBRES	COMPETENCIAS
Auditor Líder	Ingrid Beatriz Acosta Velásquez	Planeación de la auditoria, coordinación del proceso auditor, revisión documental, ejecución pruebas de auditoría, proyección y consolidación del informe.
Equipo Auditor de Apoyo	Navis Alberto Flórez León Paola Andrea Arias Cabrera Carlos Andrés Guerra Jiménez Sergio Andrés Castro Londoño Jefferson Bonilla Carreño Franklin Augusto Serrano Rojas Jean Paul Pinzón Riaño	Revisión documental, ejecución pruebas de auditoría, proyección del informe.

4. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

- Caracterización, procedimientos, manuales, instructivos, mapa de riesgos y corrupción, planes de mejoramiento, plan de acción 2024 hasta el 28 de febrero de 2025, indicadores estratégicos y de gestión, Plan de adecuación y sostenibilidad, Plan de transparencia y ética pública 2024 y 2025 y demás documentos del SIGID.
- Constitución Política de Colombia
- Seguimiento planes de mejoramiento: (Ley 87 de 1993 artículo 2 literal de y g; Ley 87 de 1993 artículo 4 literal j y g; Ley 87 de 1993 artículo 12 literal a, e y k; Decreto 648 de 2017 artículo 2.2.21.4.9 literal i)
- Programa de Transparencia y Ética Pública: (Decreto 1122 de 2024 Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública; Ley 87 de 1993 artículo 2 literal d, f y g; Ley 87 de 1993 artículo 4 literal j; Ley 87 de 1993 artículo 12 literal a, e y k; Decreto 124 de 2016 artículos 2.1.4.5 y 2.1.4.6; Decreto 648 de 2017 artículo 2.2.21.4.9 literal k)
- Seguimiento a los controles de los riesgos de gestión (Ley 87 de 1993 artículo 2 literal d ,f y g; Ley 87 de 1993 artículo 4 literal j; Ley 87 de 1993 artículo 12 literal a, e y k; Decreto 648 de 2017 artículo 2.2.21.4.9 literal k); Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	4 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

- Seguimiento al plan de acción e indicadores de gestión y estratégicos (Ley 87 de 1993 artículo 2 literal de y g; Ley 87 de 1993 artículo 4 literal acá y j; Ley 87 de 1993 artículo 12 literal a, e y k; Decreto 648 de 2017 artículo 2.2.21.4.9 literal e)
- El artículo 2.2.22.3.1 y 2.2.22.3.2.del Decreto 1083 de 2015 adopta la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Ley 1712 de 2014 “*Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional*”.
- Decreto Distrital 221 de 2023 “*Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital, se deroga el Decreto Distrital 807 de 2019 y se dictan otras disposiciones*”
- Resolución 1519 de 2020 “*Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital y datos abiertos del ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones (MINTIC) y la ampliación de la matriz ITA*”.
- Normograma el proceso.

5. CONTEXTO DEL PROCESO A AUDITAR

5.1. RIESGOS.

DESCRIPCION	CUBIERTOS EN LA AUDITORÍA
Mapa de riesgos de gestión del Proceso	
Possibilidad de afectación reputacional por reporte de información errada para el mejoramiento continuo y la toma de decisiones debido a la Inadecuada Implementación de las herramientas para el seguimiento de la gestión institucional	SI
Possibilidad de afectación reputacional por disminución en el Índice de Gestión Institucional debido a una Inadecuada formulación e Implementación del Plan de Adecuación y Sostenibilidad	SI
Mapa de riesgos de corrupción del Proceso	
Manipulación intencional de la información relacionada con la gestión de la Entidad por parte de los funcionarios o contratistas de la Oficina Asesora de Planeación para beneficio propio, de un proceso o de un tercero.	SI

Tabla N. 1 Elaboración propia OCI Fuente: Tableros control Riesgos de Gestión y Corrupción

5.2. PLANES DE MEJORAMIENTO:

Entidad o Dependencia Auditora	Fecha de la Auditoría	# de hallazgos	Tipo de plan	# De acciones de mejora	# Acciones cerradas	# Acciones abiertas	# acciones vencidas
Informe de Auditoría al proceso Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pedagógico	2024	1	Interno	1	0	1	0
Informe Primer seguimiento a mapas de riesgos de corrupción 1 Cuatrimestre	2024	5	Interno	0	1	4	1
Informe Final de Auditoría Interna al Proceso de Desarrollo Humano	2024	1	Interno	0	1	0	0

Tabla N. 2 Elaboración propia OCI Fuente: Tablero control Planes de Mejoramiento

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Infancia y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	5 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

5.3. PLAN DE ACCIÓN DEL PROCESO:

Objetivo estratégico	Iniciativa Estratégica	Acciones	Meta	% avance anual de la actividad
Desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de las capacidades físicas, tecnológicas, administrativas, operativas y mejoramiento del desempeño institucional para enfrentar las necesidades del IDIPRON en el siglo XXI.	Implementación, desarrollo, interiorización y apropiación de las políticas de MIPG.	Realizar actividades del proceso de seguimiento y mejoramiento a la gestión para el fortalecimiento de la política de Planeación Institucional	1	95%
Desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de las capacidades físicas, tecnológicas, administrativas, operativas y mejoramiento del desempeño institucional para enfrentar las necesidades del IDIPRON en el siglo XXI.	Implementación, desarrollo, interiorización y apropiación de las políticas de MIPG.	Realizar verificaciones trimestrales a la página web del IDIPRON para confirmar que el ingreso para descargar las constancias y certificados de asistencia sean funcionales	4 actas	100%
Determinar las acciones orientadas al cierre de brechas organizacionales	Cerrar las brechas organizacionales para mejorar la gestión del instituto	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento	4 seguimientos	100%
Desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de las capacidades físicas, tecnológicas, administrativas, operativas y mejoramiento del desempeño institucional para enfrentar las necesidades del IDIPRON en el siglo XXI.	Implementación, desarrollo, interiorización y apropiación de las políticas de MIPG.	Revisar los resultados del ejercicio de estandarización distrital y ajustar / oficializar los ajustes a los que haya lugar	Revisar ejercicio de estandarización de 12 procesos: •Gestión del Talento Humano. • Gestión Administrativa. • Gestión Financiera. • Gestión TIC. • Planeación. • Evaluación Independiente de la Gestión. • Gestión Documental. • Servicio al Ciudadano. • Gestión Jurídica. • Gestión Contractual. • Gestión Ambiental. • Gestión del Conocimiento	100%
Fortalecer el reconocimiento ciudadano del desempeño institucional del IDIPRON	Mejorar el desempeño institucional frente a las políticas de Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción permitiendo mitigar los riesgos de corrupción.	Realizar actividades del proceso de Gestión del Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión del componente 1, 6, 8 del PTET	100% de las actividades programadas en el PETP	76%

Tabla N. 3 Elaboración propia OCI Fuente: OAP Tablero Control Plan de Acción corte 31/12/2024

5.4. INDICADORES DEL PROCESO:

Tipo de Indicador	# de indicador	Descripción del indicador	periodicidad de medición	Resultados medición
Estratégico	IN-PEI-GES-SMG-001	Resultado obtenido por el IDIPRON en el índice de desempeño institucional	Anual	86%

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	6 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Tipo de Indicador	# de indicador	Descripción del indicador	periodicidad de medición	Resultados medición
Estratégico	IN-PEI-GES-SMG-002	(Resultado Obtenido por el IDIPRON en la política de Transparencia en el FURAG en la vigencia + Resultado Obtenida por el IDIPRON en el ITB y/o ITA para la vigencia o Calificación Obtenida en el autodiagnóstico realizado + Avance en la implementación del PAAC componente 5) /3	Anual	88%
Estratégico	IN-PEI-GES-SMG-003	Promedio de cumplimiento de las actividades para el trimestre evaluado	Trimestral	72%
Estratégico	IN-PEI-GES-SMG-004	(Promedio de avance de las actividades proyectadas para el trimestre evaluado de los planes de mejoramiento + Promedio de avance de las actividades proyectadas para el trimestre evaluado del plan de adecuación y sostenibilidad) / 2	Trimestral	40%
Gestión	IN-GES-SMG-001	(Número de controles calificados como efectivos por la OCI / número total de controles) *100	Cuatrimestral	67%
Gestión	IN-GES-SMG-002	(Número de documentos con fecha de vigencia superior a 1 año / total de documentos del SIGID) *100	Anual	79%
Gestión	IN-GES-SMG-004	Número de visitas al Link de Transparencia en el mes	Mensual	100%

Tabla N. 4 Elaboración propia OCI Fuente: OAP-Reporte Indicadores Estratégicos y de Gestión 31/12/2024

5.5. ARTICULACIÓN POLITICA MIPG:

Política MIPG asociada	Lineamiento, requerimiento, actividad, recomendación	% avance Cumplimiento
PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	En el marco de su direccionamiento estratégico, la entidad...	Pendiente
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	¿La entidad diseñó e implementó su modelo de operación por procesos? ...	En Gestión
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	Respecto a los procesos establecidos para la ejecución de las funciones de la entidad...	En Gestión
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	¿En la estructura para la caracterización de los procesos se definió? ...	Pendiente
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CONRRUPCIÓN	Seleccione los grupos de valor y otras instancias que fueron consultados para la elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano...	Pendiente
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CONRRUPCIÓN	¿Cuáles mecanismos utilizó la entidad para dar a conocer los lineamientos establecidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a sus grupos de valor y a la ciudadanía? ...	Pendiente
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CONRRUPCIÓN	¿Cuáles de las siguientes causas fueron analizadas por la entidad en la vigencia evaluada para la identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción? ...	Pendiente
TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y LUCHA CONTRA LA CONRRUPCIÓN	Señale los requisitos sobre menú destacado, establecidos en el anexo 2 de la Resolución 1519 de 2020, que cumplió la Sede Electrónica de la entidad durante la vigencia evaluada ...	Pendiente
CONTROL INTERNO	¿Cuáles de las siguientes herramientas para la gestión del riesgo aplicó la entidad durante la vigencia evaluada? ...	Pendiente

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Niñez y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	7 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Política MIPG asociada	Lineamiento, requerimiento, actividad, recomendación	% avance Cumplimiento
CONTROL INTERNO	Para el análisis de eventos (materializaciones del riesgo), la entidad capturó información a partir de ...	Pendiente
CONTROL INTERNO	Acorde con lo establecido en la política de administración del riesgo en el marco del esquema de líneas de defensa, se tienen identificadas las instancias responsables del seguimiento y monitoreo a la gestión del riesgo institucional así ...	Pendiente
CONTROL INTERNO	¿Cuál fue el mayor aporte del mapa de riesgos como herramienta de gestión? ...	Pendiente


Tabla N. 5 Elaboración propia OCI Fuente: PT OCI Seguimiento e Implementación MIPG 2024.

6. METODOLOGÍA APLICADA:

Para llevar a cabo la evaluación de la gestión del proceso, se aplicaron diversas técnicas de auditoría, entre ellas: muestreo, verificación documental, análisis de información, pruebas de recorrido de diseño y controles. El análisis se realizó conforme a las normas internacionales de auditoría, los criterios establecidos y la normatividad vigente aplicable.

Durante las fases de ejecución y revisión documental, se solicitó información al proceso mediante los memorandos internos 2025IE1376, 2025IE1521, 2025IE1770. Las respuestas fueron recibidas oportunamente, lo que permitió al equipo auditor analizar la información junto con los anexos proporcionados y llevar a cabo las pruebas de auditoría correspondientes.

Para calcular la muestra de los casos recibidos para creación, modificación, actualización u obsolescencia de documentos del SIGID, se utilizó la herramienta para el “*Calculo de muestreo aleatorio simple*” del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a través de la caja de herramientas de la guía de auditoría, según el siguiente detalle:



CÁLCULO DE LA MUESTRA

AUDITORÍA:

Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población

Entidad	Instituto Distrital para la protección de los niños y la juventud-IDIPRON
Proceso	Auditoría Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión
Cálculo de la muestra para:	Vigencia 2024
Período Evaluado:	Vigencia 202 al 28 de febrero 2025
Preparado por:	Ingrid Beatriz Acosta Velasquez
Fecha:	Marzo de 2025
Revisado por:	Marcela Delgado
Fecha:	Marzo de 2025

INGRESO DE PARAMETROS

Tamaño de la Población (N)	301
Error Muestral (E)	10%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	95%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1,960

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fórmula

35

Muestra Óptima

31

Formula para poblaciones infinitas

$$n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$$

Formula para poblaciones finitas

$$n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$$

Z= Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza

E= Error de muestreo (precisión)

N= Tamaño de la Población

P= Proporción estimada

Q= 1-P

Fuente: Adaptado de Contraloría General de la República. Contraloría Delegada para el Sector Social. Agosto 2011

Ilustración muestra seleccionada casos recibidos para creación, modificación, actualización u obsolescencia vigencia 2024

7. RESULTADOS DEL PROCESO AUDITOR:

7.1. FORTALEZAS Y/O MEJORAS OBSERVADAS:

Aunque el proceso no dispone de un sistema de información o aplicativo para la administración de las herramientas de gestión, se reconoce como fortaleza el uso de tableros de control compartidos en línea diseñados en Microsoft Excel, los cuales permiten entornos de trabajo colaborativos, recopilación de la información clave sobre el desempeño organizacional, consolidación de resultados por procesos que respalda la toma de decisiones de la alta dirección. Además, de facilitar el monitoreo, seguimiento y evaluación, la articulación de las líneas de defensa, la mejora continua de los procesos y el fortalecimiento de la cultura organizacional de autocontrol y autogestión.

Se reconoce en el Instituto un compromiso con el control de documentos, reflejado en una cultura organizacional orientada al uso de documentos controlados desde el SIGID, la formalización y actualización de estos, promoviendo así calidad, estandarización y trazabilidad de los registros y documentos que soportan la gestión institucional.

7.2 HALLAZGOS:

Hallazgo 1
Como resultado de la prueba de recorrido realizada para evaluar el diseño documental del Proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, se identificaron debilidades en aspectos como la clasificación, descripción, responsabilidades, diagramación, atributos de los registros y puntos de control. Lo que denota desatención de lo estipulado en el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002 VR 12, específicamente en los numerales 3, 6.1, 7, 11.2, 11.4 y 11.5. Esta situación podría haberse originado por el

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	9 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

desconocimiento o la falta de atención a los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto. Las fallas señaladas representan riesgos significativos que pueden afectar la operatividad, la secuencia de actividades y los controles del proceso, con la posibilidad de impactar negativamente los resultados esperados.

Detalle de la situación observada: Como resultado de la prueba de recorrido de evaluación del diseño de los documentos del Proceso Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, se observaron debilidades en cuanto al diseño de los procedimientos y sus controles, efectuada a los documentos:

001 ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS SIGID S-SMG-PR-001 VR 09
002 FORMULACIÓN, MONITOREO SEGUIMIENTO Y EVALUACION AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL S-SMG-PR-002 VR 01
003 FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-PR-003 VR 02

Ver Anexo 1. “Prueba de recorrido diseño documental”.

Criterio: MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002 VR 13, en los numerales 3, 6.1, 7, 11.2, 11.4 y 11.5

Posibles causas: Desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto, que permita guardar coherencia y una secuencia organizada de las actividades y sus controles.

Posible consecuencias o riesgo asociados: Riesgos por fallas en la operatividad, secuencia de actividades y controles, pudiendo impactar negativamente los resultados esperados del proceso.

Recomendación 1.

Realizar la revisión y actualización de los documentos del proceso, fortaleciendo el diseño de controles y dando cumplimiento a los lineamientos internos para la elaboración de documentos.

Hallazgo 2

Revisado los documentos allegados por el proceso, se pudo constatar que se han adelantado gestiones por parte de la entidad – *de formulación y aprobación del Programa de Transparencia y Ética Pública (2024 – 2025)*, a efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022 frente a los PROGRAMAS DE TRANSPARENCIA Y ETICA EN EL SECTOR PÚBLICO y al Decreto 1122 de 2024 reglamentario de la ley mencionada. No obstante, la formulación y aprobación de este programa no cuenta con la consecuente actualización y/o armonización del lineamiento interno vigente: MANUAL PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC código S-SMG-MA-005 VR 2; denotando así, una debilidad en el cumplimiento de lo establecido en la política del SIGID y de la condición general 11 del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002; Lo anterior puede estar causada por debilidades en los controles de la actualización de documentos, generando riesgos relacionados con la desactualización de los lineamientos internos y posibilidad de observaciones de entes externos.

Detalle de la situación observada: Se procedió a la revisión de las evidencias allegadas por el proceso en respuesta a la solicitud de información que realizara la OCI (IE2025-1485 de 18 de marzo de 2025) en el marco de la presente auditoria, en el cual frente al presente punto se indicó:

(...)

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	10 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Se entrega información relacionada a: Consulta pública (2024 – 2025), Actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño con la aprobación del Programa de Transparencia y Ética Pública (2024 – 2025), Seguimiento al PTEP (Primer, segundo y tercer corte 2024), pantallazos publicación PTEP en la página web de la entidad.

(...)

Conforme a la información analizada, se pudo evidenciar que la entidad a través de las dependencias responsables de expedir y aprobar el PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ETICA EN EL SECTOR PÚBLICO, han procedido con las fases de formulación, aprobación y seguimiento, atendiendo la pronta aplicación de los nuevos lineamientos, empero, revisado el manual que internamente rige la materia, se pudo verificar que a la fecha no se ha actualizado el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC código S-SMG-MA-005 VR2 vigente 4 desde el octubre de 2022, y el mismo aún enuncia la formulación del PAAC y referencia el marco normativo anterior. En efecto, la formulación del PTEP no se está cumpliendo lo indicado en el lineamiento interno y este último, no es coherente con la normatividad actual.

Por consiguiente, se observa que si bien la normatividad y lineamientos de formulación y aprobación del PTEP, contempla un plazo amplio para su implementación, el Instituto inicio esta implementación antes de la fecha límite; pero no se adelantó la actualización de los lineamientos internos correspondientes.

Criterio: Condición General 11 del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002, numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001.

Posibles causas: Debilidades en los controles de la actualización de documentos.

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos relacionados con la desactualización de los lineamientos internos y posibilidad de observaciones de entes externos.

Recomendación 2.

Se recomienda realizar una revisión periódica y exhaustiva de los manuales vigentes, asegurando su actualización y articulación entre documentos. Para ello, se sugiere establecer mecanismos de validación interna, en el que participen las áreas clave de la entidad, con el fin de armonizar las actuaciones administrativas con los deberes legales y garantizar que cada proceso cuente con el soporte normativo adecuado y vigente.

Hallazgo 3.

Realizado el análisis de la información se identificó que hubo una disminución del porcentaje del Índice de Desempeño Institucional (IDI), situación que debió derivar en un reporte de la materialización del riesgo de gestión No 2; denotándose así, debilidades en el cumplimiento del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS E-DES-MA-003 Numeral 7.4.5., situación que puede estar causada por falencias en el control, monitoreo y reporte de los riesgos del proceso; generando mayor exposición por la falta de gestión de eventos y posibilidad de observaciones de entes de control.

Detalle de la situación observada: revisada la respuesta dada por el proceso se pudieron identificar dos aspectos a saber:

En primer lugar, lo correspondiente a la disminución del Índice de Desempeño Institucional (IDI), que para el año 2023 se obtuvo un puntaje del 85.6 (resultados FURAG 2024) comparativamente con el IDI 2022, en el cual se obtuvo un puntaje del 87.9(resultados FURAG 2023), confirmando así una disminución de 2,3 puntos.

En segundo lugar, se observa qué presentada la situación de materialización del riesgo de gestión No. 2: “Posibilidad de afectación reputacional por disminución en el Índice de Gestión Institucional debido a una Inadecuada formulación e Implementación del Plan de Adecuación y Sostenibilidad”, no se procedió a la aplicación de la normativa interna conforme la necesidad del reporte de la materialización del riesgo y gestión del evento.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Policía y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	11 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

De esta forma, y considerando que esta situación repercute en la posible afectación a la posición del Instituto en los distintos rankings distritales, es menester en aras de la mejora continua, que se identifique esta situación para gestione en plan de mejoramiento y así se logre continuar con la tendencia positiva del IDI, además, de la necesidad de robustecer el reporte en casos de materialización de riesgos para continuar fortaleciendo la cultura de control.

Criterio: MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS E-DES-MA-003 Numeral 7.4.5

Posibles causas: falencias en el control, monitoreo y reporte de los riesgos del proceso

Posible consecuencias o riesgo asociados: mayor exposición por la falta de gestión de eventos y posibilidad de observaciones de entes de control.

Recomendación 3.

Fortalecer los controles del adecuado control y reporte de los riesgos del proceso, asimismo se sugiere desarrollar actividades de socialización del Manual enfocadas en los roles y responsabilidades de reporte de la materialización de los riesgos.

Hallazgo 4

En revisión del Plan de Sostenibilidad y Adecuación del MIPG, se identificó que el instructivo S-SMG-IN-001, Versión 03, vigente desde el cuatro (04) de octubre de 2022, no ha sido actualizado y no se encuentra armonizado con la normativa y reglamentación vigente, lo que indica falencias en el cumplimiento de la política del SIGID y de la condición general 11 del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002, esta situación puede estar causada por debilidad en los controles de actualización de documentos; generando riesgos relacionados con la desactualización de lineamientos internos frente al marco normativo y podría dar lugar a observaciones por parte de entes externos.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	12 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Detalle de la situación observada:

Conforme a la respuesta y a los soportes documentales allegados por el proceso en atención a la solicitud de:

“(…) Informe ejecutivo acompañado de todos los anexos que respalden la elaboración y formulación del Plan de Adecuación y Sostenibilidad SIG-MIPG para las vigencias 2024 y 2025. Dichos anexos deben estar organizados siguiendo el orden en que se desarrollaron las 9 actividades descritas en el instructivo S-SMG-IN-001, Versión 03. (…)”

La información fue allegada a la Oficina de Control Interno en adelante OCI mediante el memorando identificado con el radicado No. 2025IE1637, con fecha del 31 de marzo de 2025. En lo relacionado con la formulación del Plan de Adecuación y Sostenibilidad del Sistema de Gestión MIPG para las vigencias 2024 y 2025.

La OCI se enfocó en verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por Función Pública, la Dirección Distrital de Desarrollo Institucional y la adecuada aplicación del instructivo institucional.

Revisando los soportes documentales allegados, así como el orden en que se desarrollaron las nueve actividades estipuladas en dicho instructivo, se observó lo siguiente:

1. El instructivo S-SMG-IN-001 fue estructurado con base en un decreto de nivel distrital que se encontraba derogado desde el 4 de diciembre de 2019, fecha anterior a la entrada en vigencia del documento institucional en mención (ver Decreto 591 de 2018).
2. La Oficina de Planeación del Instituto lideró la formulación del Plan de Adecuación y Sostenibilidad del Sistema de Gestión MIPG para las vigencias 2024 y 2025, tomando como referencia los lineamientos establecidos por Función Pública y el instructivo S-SMG-IN-001. No obstante, tras el análisis y la evaluación de los soportes documentales aportados por el proceso, en el siguiente hallazgo se detallan las situaciones observadas frente a la aplicación de los controles establecidos relacionados con la organización y trazabilidad del proceso de formulación del Plan.

En efecto, se observa la utilización de una norma derogada como base del instructivo, lo cual puede desencadenar riegos frente a la validez técnica del instructivo y por consiguiente del plan.

Criterio: Condición General 11 del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002, numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001.

Posibles causas: debilidad en los controles de actualización de documentos.

Posibles consecuencias o riesgo asociados: riesgos relacionados con la desactualización de lineamientos internos frente al marco normativo y podría dar lugar a observaciones por parte de entes externos.

Recomendación 4

Se recomienda actualizar el instructivo S-SMG-IN-001 conforme a la normatividad vigente y robustecer los controles de actualización de documentos.

Hallazgo 5

Como resultado de la evaluación de la formulación del Plan de Adecuación y Sostenibilidad 2025, se evidencio que el proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión - SMG, no considero los resultados FURAG 2023, lo que denota debilidad en el cumplimiento de lo estipulado en el numeral 3 Condiciones Generales del PLAN DE ADECUACIÓN Y SOSTENIBILIDAD SIG-MIPG S-SMG-IN-001 VR 3, lo cual puede derivarse de la falta de alineación entre los equipos responsables de la formulación del plan con el análisis de los resultados del FURAG, lo que puede generar riesgos relacionados con fallas en la

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	13 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

identificación de criterios o requisitos pendientes de cumplimiento para avanzar en la sostenibilidad del MIPG y posibilidad de impactos negativos en el IDI.

Detalle de la situación observada:

En la revisión de los resultados del FURAG 2023, el DAFP emitió una serie de recomendaciones que, hasta la fecha, de las cuales no se pudo evidenciar que estuvieran incorporadas en el plan de adecuación correspondiente a la vigencia actual. Esta situación se refleja falencias en la observancia del numeral 3. Condiciones Generales del documento PLAN DE ADECUACIÓN Y SOSTENIBILIDAD SIG-MIPG S-SMG-IN-001 VR 3. “*El plan de adecuación y sostenibilidad SIG-MIPG presenta las actividades que se deben desarrollar durante el año de vigencia para dar cumplimiento a las políticas establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Para lo cual se deben tener en cuenta (Resultados FURAG, Resultados de Autodiagnósticos de MIPG, Directrices y lineamientos)*”,

Adicionalmente, se realizó una prueba de recorrido con el fin de verificar si las recomendaciones habían sido implementadas sin estar documentadas. Para ello, se accedió a los enlaces indicados en la caracterización del proceso para riesgos, normatividad y procedimientos, Sin embargo, dichos enlaces conducen a la página principal de transparencia, la cual no proporciona un vínculo directo al contenido específico requerido. Asimismo, se consultaron los tableros control definidos para las diferentes herramientas de gestión del instituto, permitiendo concluir que no se ha evidenciado una acción interna orientada a implementar mejoras con base en las recomendaciones del DAFP.

De manera que, se identificó que algunas de las recomendaciones emitidas por el DAFP con los resultados del FURAG 2023, no presentan evidencia de análisis, gestión, ni priorización en el establecimiento de actividades dentro del plan de acción o de sostenibilidad correspondiente a la presente vigencia, tal como se detalla a continuación:

Recomendaciones Política Planeación Institucional:

- Elaborar y actualizar el normograma (Leyes, decretos, sentencias, acuerdos).
- Incorporar actividades que promuevan la inclusión y la diversidad (personas con discapacidad) en la planeación del talento humano de la entidad.
- Tener en cuenta en la caracterización de los procesos, la identificación de normas, procedimientos, indicadores y riesgos.

Recomendaciones Política Fortalecimiento Institucional:

- Definir indicadores de desempeño que permitan medir el impacto de las nuevas funciones o metas asignadas a la entidad en relación con los productos y/o servicios prestados, así como en la ampliación de la cobertura institucional.
- Revisar los objetos de los contratos de prestación de servicios, cuando a ello hubiere lugar, garantizando que se ajusten a los parámetros señalados en Ley 80 de 1993 y a la jurisprudencia de las Altas Cortes.
- Tener en cuenta en la caracterización de los procesos, la identificación de las normas, procedimientos, indicadores y riesgos.

Recomendaciones Gestión de Conocimiento:

- Identificar y gestionar riesgos relacionados con la fuga de conocimiento a través del establecimiento planes de mitigación y preservación del conocimiento.
- Implementar acciones para que los servidores compartan y transfieran el conocimiento.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	14 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

- Forjar alianzas con otros actores o laboratorios de innovación para experimentar en el desarrollo de soluciones a retos públicos a través del uso de las TICS, que le permitan a la entidad financiar los proyectos o iniciativas , aprovechar espacios que incentiven la innovación publica digital sin comprometer los recursos propios, fortalecer las capacidades de los servidores públicos, acceder a apoyo técnico para abordar los proyectos o iniciativas de la entidad o identificar actores relevantes en el ecosistema de la innovación pública digital.

Recomendaciones Política Seguimiento y Evaluación al Desempeño Institucional:

- Implementar la técnica de análisis predictivo para el análisis de datos de la entidad, el uso de esta técnica permite predecir las tendencias o posibles comportamientos futuros de una variable.
- Implementar la técnica de análisis prescriptivo para el análisis de datos de la entidad, el uso de esta técnica permite establecer cuál es la mejor acción para tomar bajo un contexto específico
- Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción la falta de herramientas tecnológicas para la transmisión de datos e información entre procesos y a nivel externo
- • Incluir en los análisis de identificación de riesgos asociados a posibles actos de corrupción la falta de publicación de los procesos precontractuales, contractuales o post contractuales en Secop I y II.

Recomendaciones Política de Control Interno:

- Emplear indicadores para analizar e interpretar la realidad financiera, económica, social y ambiental de la entidad con respecto al balance general y estado de la actividad financiera, económica, social y ambiental de la entidad.
- Identificar los flujos de información (vertical, horizontal, hacia afuera de la entidad, entre otros).

Criterio: numeral 3. Condiciones Generales del PLAN DE ADECUACIÓN Y SOSTENIBILIDAD SIG-MIPG S-SMG-IN-001 VR 3.

Posibles causas: falta de alineación entre los equipos responsables de la formulación del plan con el análisis de los resultados del FURAG,

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos relacionados con fallas en la identificación de criterios o requisitos pendientes de cumplimiento para avanzar en la sostenibilidad del MIPG y posibilidad de impactos negativos en el IDI.

Recomendación 5

Implementar controles que permitan validar que todas las fuentes definidas y en específico las recomendaciones del FURAG, se gestionen adecuadamente en el Plan de Adecuación y Sostenibilidad de MIPG cada vigencia.

Hallazgo 6

Realizada la prueba de recorrido para evaluación de los normogramas de los procesos, se evidencio desactualización y falencias en los lineamientos referentes a la elaboración y actualización de estos, lo cual indica debilidades en el cumplimiento de lo establecido en numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001 y el numeral 11 de las condiciones generales del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002; situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en el reconocimiento de la importancia del marco normativo que regula la operación la entidad, generándose riesgos relacionados con incumplimientos normativos y posibilidad de observaciones de parte de los entes externos de control.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL <small>Instituto Unitario para la Protección de la Niñez y la Juventud</small>	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	15 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Detalle de la situación observada: Conforme a la respuesta allegada por el proceso a la solicitud de información realizada por la OCI, en particular lo contenido en el oficio 2025IE1637 de fecha 31 de marzo de 2025, se observó en lo referente a la actualización de normogramas de la entidad lo siguiente:

(...)

Aportar copia del normograma del proceso en las versiones vigentes en 2024 y enero- febrero de 2025. La normatividad vigente, se encuentra en el link: Normatividad | IDIPRON.

(...)

Revisado el link antes indicado, se encuentra en <https://www.idipron.gov.co/normatividad> lo siguiente:

(...)

De clic en alguno de los siguientes items para acceder a la información:

- Normograma
- Resoluciones
- Documentos
- Acuerdos
- Lineamientos

(...)

Al ingresar al aparte de “normograma” el mismo lo redirecciona a “normograma IDIPRON septiembre de 2022”, un archivo en formato EXCEL hojas de cálculo de los meses de junio (LEYES SOBRE EL FEMINICIDIO) -julio (DISCRIMINACION POR EL ORIGEN ETNICO)-agosto (PROTECCION DEL ADULTO MAYOR), publicación oficial en la que se puede identificar la expedición del normograma del Instituto, solo para algunas unas materias particulares, sin que se la existencia de normograma correspondiente el proceso de SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA GESTION, así como tampoco de los demás procesos que conforman el mapa de procesos, asimismo la información contenida en el archivo referenciado como “normograma” no cuenta con actualización posterior al año 2022.

Por lo anterior, se puede identificar una debilidad en la actualización del normograma que se encuentra publicado, dado que, no se ha actualizado conforme al MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS, 3. CONDICIONES GENERALES, numeral 11. en lo referente al tiempo máximo que toda documentación en el Instituto debe ser actualizada previo a ser considerada obsoleta, así como tampoco se evidencia el cumplimiento de lo definido en la numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001, que indica:

(...)

• Cumplir con la normatividad legal y organizacional vigente incluidos los requisitos del Sistema Integrado de Gestión, para beneficio de nuestros NNAJ, ciudadanos, servidores, directivas, proveedores y la comunidad en general.

(...)

Asimismo, se indicó que en las caracterizaciones de los procesos se encuentran los normogramas de los procesos, al validar esto, se identifica que dichos documentos tienen un vínculo que dirige a la información publicada en el link <https://www.idipron.gov.co/normatividad>, detectando así, que los procesos no cuentan con lineamientos claros para la elaboración y actualización de los normogramas, siendo esta una herramienta importante para la gestión, ya

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	16 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

que permite a las entidades documentar y delimitar su ámbito de responsabilidad y conocer el panorama general de las normas que regulan sus operaciones.

Criterio: 3. CONDICIONES GENERALES, numeral 11 del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002, numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001.

Posibles causas: desconocimiento o fallas en el reconocimiento de la importancia del marco normativo que regula la operación la entidad.

Posibles consecuencias o riesgo asociados: riesgos relacionados con incumplimientos normativos y posibilidad de observaciones de parte de los entes externos de control.

Recomendación 6

Definir e implementar lineamientos y un formato para la documentación de los normogramas de todos los procesos de la entidad, precisando que este es un documento autónomo de cada proceso que deberá ser revisado y actualizado como mínimo cada seis (6) meses.

Hallazgo 7

Una vez realizada la prueba de recorrido de ejecución de actividades y controles del Procedimiento ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS SIGID S-SMG-PR-001, se identificaron debilidades en los registros y el diligenciamiento del LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS S-SMG-FT-001 VR 07, respecto de las fechas registradas para las solicitudes efectuadas por las diferentes dependencias del Instituto de acuerdo con lo establecido en los numerales 9 y 10 del procedimiento, dificultando el control de los tiempos en la ejecución de las actividades; esta situación pudo haberse originado por fallas en los controles de integridad de la información y diligenciamiento adecuado del formato, generando riesgos asociados a incongruencias en la trazabilidad de la información de formalización, vigencia y obsolescencia de los documentos del SIGID.

Detalle de la situación observada: Como resultado de la prueba de recorrido de verificación del control, para verificar la oportunidad en los trámites de creación, creación, actualización, modificación y obsolescencia de los documentos asociados al Sistema Integrado de Gestión del IDIPRON, realizada a una muestra estadística de 34 datos, tomada del universo de datos contenidos en el LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS S-SMG-FT-001 VR 07, se observaron deficiencias en cuanto al registro de las fechas de solicitud inicial de oficialización de los documentos gestionados, frente a las evidencias aportadas, según el siguiente detalle:

- Documentos que presentan diferencia o inconsistencias en la evidencia con relación a las fechas de solicitud inicial, según el siguiente detalle:

Código documento	Fecha de registro del caso en la herramienta definida	Observación
A-GDH-IN-003	28/06/2024	No aportó correo de solicitud inicial haciendo incierto el día registrado y los días de duración del proceso
A-GSA-DI-004	7/03/2024	La fecha de inicio registrada no corresponde a la fecha del correo de trazabilidad en que se solicita la gestión del documento, arrojando 9 días de proceso.
E-DES-PR-004	9/09/2024	La fecha de solicitud registrada no corresponde a la del correo evidencia de inicio del proceso
M-DAL-DI-030	23/07/2024	La fecha de solicitud registrada no corresponde a la del correo evidencia de inicio del proceso con 98 días de proceso y 28 días de retraso
M-DAL-DI-081	25/07/2024	La fecha de solicitud registrada no corresponde a la del correo evidencia de inicio del proceso con 98 días de proceso y 19 días de retraso
M-DAL-MA-006	23/12/2024	La fecha de solicitud registrada no corresponde a la del correo evidencia de inicio del proceso.
M-PSS-IN-033	19/12/2023	No aportó correo de solicitud inicial
M-PSS-PR-002	23/09/2024	La fecha de solicitud registrada no corresponde a la del correo evidencia de inicio del proceso.
S-EVG-FT-005	4/10/2022	La fecha de solicitud registrada no corresponde a la del correo evidencia de inicio del proceso.
S-EVG-MA-003	3/07/2024	No aportó correo de solicitud inicial
S-SMG-PR-001	29/01/2024	No aportó correo de solicitud inicial
S-SMG-PR-003	20/06/2024	No aportó correo de solicitud inicial

- Documentos que registran diferencias o inconsistencia de la evidencia frente a las fechas registradas de oficialización, de acuerdo con el siguiente detalle:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Infancia y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	17 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Código documento	Fecha de registro del caso en la herramienta definida	Observación
<u>A-GCO-PR-007</u>	22/10/2024	007 PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO CALIDAD DEL GASTO E-DES-IN-007 Se aporta trazabilidad de este instructivo, pero el registro es de A-GCO-PR-007
<u>A-GDH-FT-058</u>	7/03/2024	La fecha de oficialización registrada no corresponde a la fecha del correo de trazabilidad que establece la oficialización del documento con 6 días de proceso.
E-DES-IN-007	5/03/2024	Los correos evidencia aportados, corresponden al documento 030 PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD M-DAL-DI-030 y no al documento E-DES-IN-007.

Criterio: ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS SIGID S-SMG-PR-001 VR 8, actividades 9 y 10. LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS S-SMG-FT-001 VR 07.
Posibles causas: fallas en los controles de integridad de la información y diligenciamiento adecuado del formato
Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos asociados a incongruencias en la trazabilidad de la información de formalización, vigencia y obsolescencia de los documentos del SIGID.
Recomendación 7
implementar controles de verificación de los registros efectuados en el Listado Maestro de Documentos, contrastándolos con los correos y/o evidencias que soportan la trazabilidad.

Hallazgo 8
<p>Durante la revisión de hojas de vida y el monitoreo de los indicadores del proceso de seguimiento y mejoramiento a la gestión, se detectó en los indicadores de gestión IN-PEI GES-SMG-001 IN-PEI GES-SMG-002 y IN-PEI GES-SMG-004 y en los indicadores estratégicos IN-PEI-SMG-001, IN-PEI-SMG-002, IN-PEI-SMG-003, IN-PEI-SMG-004 debilidades en la formulación, errores de cálculo y diferencias entre los datos consignados en evidencias y los reportados en la medición y seguimiento; lo anterior, denota falencias en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el manual para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, versión 05 en los numerales 9, 9.3, al 9.6, 10, 10,1. Situación que podría derivarse de debilidades en los controles de la primera línea de defensa; pudiendo generar riesgos asociados a inexactitudes en la medición del desempeño del proceso y/o de presentación de información inconsistente para la toma de decisiones.</p>
<p>Detalle de la situación observada:</p> <p>Indicadores de Gestión 2024 -Segundo Semestre</p> <ul style="list-style-type: none">IN-PEI GES-SMG-001, cuyo objetivo es: “<i>Medir la efectividad de los controles definidos por los procesos para mitigar los riesgos de corrupción</i>” se identifica que no existe relación entre el nombre del indicador, su objetivo y tipo de indicador, cómo se establece en el Manual Para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, Numeral 9 y 9.3 Formulación de indicadores.IN-PEI GES-SMG-002, cuyo objetivo es: “<i>Permite determinar el grado de actualización de los documentos que forman parte del Sistema Integrado de Gestión del IDIPRON – SIGID</i>”. se evidencia varias inconsistencias:<ul style="list-style-type: none">➤ Incoherencia entre el nombre del indicador y su objetivo: El nombre del indicador sugiere medir un “<i>índice de actualización de documentos</i>”, pero su objetivo está orientado a determinar un grado de actualización, lo que implica un enfoque diferente.➤ Fórmula incorrecta para un índice: Aunque el nombre menciona “índice”, la fórmula empleada no cumple las condiciones para definirse como tal. La fórmula actual solo calcula un valor específico mediante una simple operación matemática, sin cumplir el principio de estandarización o comparabilidad propios de un índice.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	18 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

- Inconsistencias en los datos reportados: Al revisar las evidencias aportadas para la vigencia 2024 -segundo semestre, se encontraron diferencias entre los datos del informe de monitoreo y el listado maestro de documentos (Evidencia aportada por el proceso), así:

-Informe de monitoreo: numerador 908, denominador 1.150.

-Listado maestro: numerador 903, denominador 1.160.

Lo anterior denota debilidades en el cumplimiento del Manual Para la Formulación, Monitoreo y seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, Numeral 9 y 9.3 Formulación de indicadores.

- **IN-PEI GES-SMG-004**, cuyo objetivo es: *“Medir el número de personas que visitaron mensualmente el link de Transparencia y Acceso a la información pública del IDIPRON”*, se identifica que no existe relación entre el nombre del indicador y su objetivo, cómo se establece en el Manual Para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, Numeral 9- Formulación de indicadores. Por otra parte, La unidad de medida definida es un porcentaje, pero el resultado que genera la fórmula de cálculo es un valor numérico absoluto (número de visitas). Esto denota incoherencia entre lo que se pretende medir y la unidad de medida y el cómo se reporta, pudiendo afectar la interpretación y confiabilidad del indicador.

Indicadores de estratégicos 2024-Segundo Semestre

- **IN-PEI-SMG--GES-001**, cuyo objetivo es *“Permite determinar el nivel de Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en el Instituto”*, se identifica que no existe relación entre el nombre del indicador y su objetivo, cómo se establece en el Manual Para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, Numeral 9- y 9.3 Formulación de indicadores.
- **IN-PEI-SMG-GES-002**, cuyo objetivo es *“Determinar el grado de avance del IDIPRON en la implementación de la Política de Transparencia, Acceso a la Información y Lucha contra la Corrupción”*, se identifica que no existe relación entre el nombre del indicador y su objetivo, cómo se establece en el Manual Para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, Numeral 9-y 9.3 -Formulación de indicadores.
- **IN-PEI-GES-SMG-003** cuyo objetivo es *“Permite medir el porcentaje de cumplimiento del Plan de Adecuación y Sostenibilidad SIG - MIPG”*, se identifica que la fórmula de cálculo del indicador no es coherente con el objetivo, ya que la fórmula definida mide es el “promedio de cumplimiento de las actividades para el trimestre evaluado”, de acuerdo con lo establecido en el Manual para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores (S-SMG-MA-006, numerales 9 y 9.3).

Por otra parte, se identificó que, en el seguimiento del primer trimestre de 2024, de acuerdo con las evidencias aportadas, el resultado del monitoreo se obtuvo calculando un porcentaje de cumplimiento total. Es decir, de las 6 acciones programadas, 3 se cumplieron al 100%, lo que corresponde a un cumplimiento del 50%. Sin embargo, si se hubiera calculado dando aplicación a la formula del promedio del porcentaje de avance por acción, el resultado obtenido seria el 58%, ya que algunas acciones reportaron avances parciales.

Esta inconsistencia se mantiene en el segundo trimestre, pero para este periodo se registra con un cambio en la metodología: en este caso, el resultado se obtiene promediando los porcentajes de avance de cada acción, no calculando el porcentaje de cumplimiento total. Esta metodología también se aplicó en el cuarto trimestre, mientras que en el tercer trimestre se regresó al cálculo del porcentaje de cumplimiento total, lo que confirma las debilidades en el establecimiento y aplicación de la formula.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	19 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Estas variaciones en la forma de calcular el resultado —entre promedio de avance y porcentaje de cumplimiento— pueden generar distorsiones en la interpretación de los resultados y afectar la comparabilidad y la confiabilidad del monitoreo a lo largo del tiempo.

- **IN-PEI-GES-SMG-004**, cuyo objetivo es “*Determinar el avance en el cumplimiento de las actividades programadas por los procesos en sus diferentes planes de mejoramiento y brechas que forman parte del tablero de control*”, se identifica que no existe relación entre el nombre del indicador y su objetivo, además la fórmula de cálculo del indicador no es coherente con el nombre y el objetivo del mismo, cómo se establece en el Manual Para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, Numeral 9-Formulación de indicadores.

Adicionalmente, tras la verificación de las evidencias aportadas y la comparación con los datos reportados en la tabla de comportamiento del indicador (hoja de vida), se detectaron diferencias, en el dato del “*promedio de avance de las actividades proyectadas para el trimestre evaluado de los planes de mejoramiento*” así:

En el primer trimestre, la evidencia aportada “Primer seguimiento tablero de control planes de mejoramiento” no permite la verificación del resultado obtenido en la tabla de comportamiento indicador (0.36) y el análisis del resultado; ya que no es clara de donde se obtuvieron los datos y como se realizó la operación para obtener el resultado.

Para el segundo trimestre, la evidencia aportada no cubre todo el periodo evaluado (solo marzo de 2024), por lo tanto no fue posible realizar un análisis completo.

En el tercer trimestre, la tabla de comportamiento reporta 0.13, pero la evidencia muestra 0.25, teniendo en cuenta que el cálculo realizado para obtener, se identifica que el resultado se obtiene calculando el porcentaje de cumplimiento total y no promediando los porcentajes de avance de cada acción, como indica la fórmula de cálculo del indicador, manera en la que se obtuvo el resultado del promedio de avance de las actividades proyectadas para el trimestre evaluado del plan de adecuación y sostenibilidad.

Para el cuarto trimestre, en relación con la evidencia aportada no es clara la forma de cálculo de los datos reportados del tablero de control de los planes de mejoramiento, frente a lo registrado en la hoja de vida del indicador.

Estas inconsistencias pueden alterar el resultado, la trazabilidad, confiabilidad y veracidad de la información reportada.

Criterio: MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG MA-006 – VR 05 numerales del 9.3, al 9.6, 9.8, 10, 10,1.

Posibles causas: Debilidades en los controles de la primera línea de defensa

Posible consecuencias o riesgo asociados: Riesgos asociados a inexactitudes en la medición del desempeño del proceso y/o de presentación de información inconsistente para la toma de decisiones.

Recomendación 8

Se recomienda revisar y ajustar la formulación de los indicadores del proceso dando aplicación a lo indicado en el manual para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006.

Aplicar de manera permanente y consistente la formula definida para calcular los indicadores en todos los periodos evaluados; implementar controles de revisión y validación de los indicadores frente a las evidencias que soportan los resultados que se está obteniendo y presentando.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	20 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Hallazgo 9
<p>Como resultado de la prueba de recorrido realizada para la evaluación de ejecución de controles y actividades del procedimiento "Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores" (código S-SMG-PR-003, versión 02) del proceso, se identificó que no siempre se cumple la gestión directamente desde los líderes de cada proceso y no se pudo validar completamente algunas de las actividades, atributos de los registros, ni de los puntos de control, lo cual denota fallas en el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-PR-003 VR 02, numerales 3,4,5,6,7 y 12; Situaciones que pueden presentarse por debilidad en los controles o desatención de los lineamientos internos para la formulación, monitoreo y seguimiento de indicadores. Generándose riesgos relacionados con la pérdida de trazabilidad, invalidez del soporte documental, reprocesos en la formulación y medición de indicadores, así como posibilidad de impactos negativos en los resultados esperados de los procesos.</p>
<p>Detalle de la situación observada:</p> <p>Para el periodo comprendido entre el 29 de agosto de 2024 y el 28 de febrero 2025, se evidenciaron debilidades en el envío completo de la evidencia solicitada. A pesar de la solicitud realizada por la Oficina de Control Interno, requirió remitir los soportes que demostraran la trazabilidad de las actividades 4 a la 15, el proceso únicamente remitió una muestra parcial, por tanto no fue posible llevar a cabo una verificación exhaustiva de esta trazabilidad y del cumplimiento de dichas actividades.</p> <p>No obstante, en los soportes parciales recibidos, se pudo evidenciar que la cadena de correos electrónicos no siempre es gestionada directamente por los responsables definidos, específicamente por los líderes del proceso para las actividades que así se exigen y tampoco se demuestran los atributos de registros y puntos de control tal como se describen en el procedimiento.</p> <p>De ahí que, una vez realizada la verificación y análisis de la evidencia aportada por el proceso, en relación con las actividades establecidas por el procedimiento (FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-PR-003 VR 02), se identificaron entre otras las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">La evidencia presentada por el proceso, para almacén y economato, Gestión desarrollo humano, presenta debilidades en el cumplimiento de las actividades 4 y 5, del procedimiento FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-PR-003 VR 02, en particular, se observa incumplimiento respecto a el responsable definido en el procedimiento. En la cadena de correos electrónicos enviados y recibidos, no se evidencia la participación activa del líder de proceso; únicamente se copia a las Gerencias, sin realizar el envío directo al responsable correspondiente. Esta situación compromete la trazabilidad y el adecuado seguimiento de las actividades del procedimiento.La evidencia presentada por el proceso para gestión jurídica y servicio a la ciudadanía no es coherente con el hilo de correos, ya que menciona plan de acción y monitoreo, pero no se observa la trazabilidad de la formulación y aprobación de los indicadores ni se evidencia la participación del líder del proceso.En la revisión de las actividades 3, 5, 7 y 12 del procedimiento "Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores" (código S-SMG-PR-003, versión 02), no se establece claramente la acción a seguir en caso de que, durante la revisión del indicador, se detecten incumplimientos de la metodología establecida para formulación, monitoreo y seguimiento de indicadores, aunque se indica que se debe "continuar con una o varias

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	21 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

actividades anteriores”; no se especifica el medio de comunicación para informar al líder y/o designado del proceso sobre las inconsistencias encontradas.

Criterio: Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores” (código S-SMG-PR-003, versión 02).

Posibles causas: Debilidad en los controles o desatención de los lineamientos internos para la formulación, monitoreo y seguimiento de indicadores.

Posible consecuencias o riesgo asociados: Riesgos relacionados con la pérdida de trazabilidad, invalidez del soporte documental, reprocesos, así como posibilidad de impactar negativamente los resultados esperados de los procesos., pudiendo impactar negativamente los resultados esperados del proceso.

Recomendación 9

Se recomienda implementar acciones que permitan verificar el cumplimiento de las actividades y puntos de control por parte de los responsables definidos en el procedimiento. Asimismo, se sugiere implementar capacitar al personal involucrado en la importancia del estricto cumplimiento de los lineamientos internos.

Hallazgo 10

Realizada la evaluación de la formulación y monitoreo de los planes de mejoramientos internos y externos, se identificó debilidades en los tiempos establecidos para la formulación de los planes de mejoramiento, la revisión de planes para evitar duplicidad en las acciones de mejora y frente a los alertamientos de la Oficina Asesora de Planeación cuando se presentan incumplimientos, detectando así, falencias en el cumplimiento del numeral 5.1 condiciones generales y de los establecido en el numeral 6.4.1 del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004 en su versión 4 del 04/10/2022; situación que pudo originarse en debilidades de los controles, y/o desatención de los lineamientos internos; generando riesgos asociados a demoras o debilidad en la formulación, ejecución y cumplimiento de los planes de mejoramiento, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.

Detalle de la situación observada:

Una vez revisado el cumplimiento de lo establecido en el MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004 versión 4 del 04/10/2022” condiciones generales “*Los tiempos establecidos para la formulación de las acciones de mejoramiento son los siguientes: Auditorías internas: 30 días calendario a partir del envió del informe final por parte de la Oficina de Control Interno (...).*”se evidencia que la formulación de los planes de mejoramiento de auditorías interna superan los 30 días calendarios, a modo de referencia se presentan los siguientes casos:

AUDITORIA	FECHAS DE RADICACIÓN INFORME FINAL OCI	FECHAS DE FORMALIZACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	DÍAS DE FORMULACIÓN
Auditoria de Gestión de Desarrollo Humano	14/05/2024	30/08/2024	108
Auditoria Procesos Prestación de los Servicios Sociales	5/09/2024	10/03/2025	186
Auditoria Proceso Instrucción y Juzgamiento de los Procesos Disciplinarios	16/11/2024	9/04/2025	144

Tabla elaborada por la OCI– Fuente Reportes OAP Planes de Mejoramiento

Como se observa en el cuadro anterior los tiempos para la formulación de los planes de mejoramiento superan los 30 días calendarios.

En el marco de la auditoría, se realizó la solicitud de la evidencia de aquellas revisiones realizadas a los planes de mejoramiento con el fin de evitar duplicidad en las acciones planes de mejoramiento de la entidad, si bien es cierto, el proceso aporto evidencia, únicamente aporto listados de asistencia virtuales de TEAMS que están relacionados con la formulación de los planes de mejoramiento, las cuales por si solas, no permite identificar el cumplimiento

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	22 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

de lo señalado en el numeral 5.1 condiciones generales del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004 versión 4 del 04/10/2022 “A fin de evitar duplicidad en la formulación de acciones frente a situaciones identificadas que coincidan en la causa raíz, se debe revisar el plan de mejoramiento vigente y establecer si es pertinente generar una nueva acción o gestionar lo observado con la acción vigente”.

Una vez revisada la evidencia aportada de las alertas generadas desde el proceso auditado, cuando se presentaron incumplimiento en las fechas y acciones formuladas en los planes de mejoramiento, se observa que el proceso, solo realizo alertamientos a corte del 30 de junio, sin embargo, en los informes de seguimiento a los planes de mejoramiento de la oficina de control interno, publicados en la página web de instituto, se observa que a corte febrero, abril, julio, septiembre y diciembre del 2024 también se presentaron acciones vencidas de los distintos procesos y no se tiene alertamiento por parte del proceso auditado.

lo que denota falencias en el cumplimiento del documento interno del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004 versión 4 del 04/10/2022 numeral 6.4.1, “Como producto del seguimiento, la Oficina Asesora de Planeación generará las alertas cuando se presente incumplimiento de fechas y acciones formuladas.”.

Criterio: MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004

Posibles causas: debilidad de los controles y/o desatención de los lineamientos internos.

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos asociados a demoras o debilidad en la formulación, ejecución y cumplimiento de los planes de mejoramiento, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.

Recomendación 10

Establecer acciones que permitan controlar el cumplimiento de los tiempos establecidos para la formulación de los planes de mejoramiento.

Cumplir y documentar la revisión de planes para evitar la duplicidad de acciones de mejora, así como las alertas que desde la segunda línea de defensa se deben enviar, para promover el cumplimiento de los planes de mejoramiento.

7.3. RESPUESTAS DEL AUDITADO:

Hallazgo 5
<p>Réplica del proceso:</p> <p>Con relación al hallazgo # 5, el proceso Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, tiene dentro de sus herramientas de gestión una matriz de Plan de acción, en la que se contemplan todas las actividades a realizar por parte de los procesos para la vigencia. Estas actividades se plantean con el fin de realizar mejoras en los procesos, teniendo en cuenta diferentes fuentes de información: recomendaciones, Programa de transparencia y Ética Pública y también el plan de adecuación y sostenibilidad, entre otros.</p> <p>Esto se puede evidenciar en la columna que se identifica en la sesión de formulación, en Plan Institucional Decreto 612 Plan de adecuación y sostenibilidad, considerando los resultados del FURAG para la formulación de planes</p>
<p>Análisis y respuesta de la replica:</p> <p>Analizada la réplica, se concluye que el hallazgo no se desvirtúa, ya que, si bien la estructura del plan y sus componentes reflejan la inclusión de aspectos de mejora, no se aportó información adicional que permita verificar el análisis y gestión de las recomendaciones socializadas con los resultados del FURAG por parte del DAFP.</p>

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	23 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Hallazgo 6
<p>Réplica del proceso:</p> <p>Con relación al hallazgo # 6, la Oficina Asesora de Planeación, considera que si bien es cierto que los normogramas de los procesos se encuentran desactualizados y que dentro de la caracterización de los procesos, existe un vínculo a la normatividad, no es responsabilidad de la OAP ni del proceso Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, la actualización de la normatividad de los procesos.</p> <p>Esto se respalda en el Acuerdo 009 (15 de septiembre de 2022), en el Capítulo II Funciones específicas Artículo 4 de la Oficina Jurídica, en el numeral 7, donde se menciona que la oficina Jurídica es responsable de Liderar la compilación y actualización de las normas legales relacionadas con el funcionamiento del Instituto e informar oportunamente las novedades que se generen a las diferentes dependencias.</p>
<p>Análisis y respuesta de la replica:</p> <p>Analizada la réplica el proceso confirma lo inicialmente observado, por lo tanto y en el entendido que la normatividad vigente es un componente fundamental del SIGID, el hallazgo se ratifica.</p>

Hallazgo 7
<p>Réplica del proceso:</p> <p>Con relación al hallazgo # 7, los numerales 9 y 10 del procedimiento Administración de Documentos SIGID, S-SMG-PR-001, hacen relación a: Actualizar el Listado Maestro de Documentos (#9) y Asignar consecutivo al Control de Documentos (#10), en ambas actividades hace referencia a la actualización de la matriz cuando el documento ya fue intervenido (Creado, eliminado o modificado) y oficializado (fecha de inicio de vigencia) y no hace referencia a la fecha de solicitud inicial que radica los procesos a la Oficina Asesora de Planeación . * La estructura del Listado Maestro de Documentos, se basa en los lineamientos establecidos en la Norma ISO 9001:2015, donde indica los parámetros de Control de Información Documentada y no en la solicitud para la intervención en la documentación</p>
<p>Análisis y respuesta de la replica:</p> <p>En la réplica el proceso enuncia que los criterios tienen relación con el Listado Maestro de Documentos y en efecto así es, Sin embargo, no se aportó información complementaria que desvirtué casos como los de los documentos A-GCO-PR-007 y A-GDH-FT-058, los cuales presentan inconsistencias frente a la fecha de oficialización y su registro en el mencionado Listado; Asimismo no se recibió aclaración, ni evidencias frente a las demás debilidades detectadas en relación con los parámetros de control de la información documentada, por lo tanto el hallazgo se ratifica.</p>

7.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Oportunidad de mejora 1.
<p>Realizada evaluación de posibles materializaciones del riesgo de gestión No. 1, en lo que corresponde al reporte de información errada para el mejoramiento continuo y la toma de decisiones, en el marco de las herramientas de gestión reportadas para el año 2024 y al corte de febrero de 2025 de la vigencia 2025, el proceso informó que han existido casos de reportes de información errada y su consecuente retroalimentación por parte del gestor MIPG a través de correo electrónico; de manera que, si bien no se evidenció afectación reputacional para la entidad; si se pudo observar que se presentaron incidentes de reportes errados, por lo que es necesario fortalecer los controles de este riesgo, para prevenir que se presente la materialización.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Infancia y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	24 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Detalle de la situación observada: Revisadas las evidencias allegadas por el proceso, se pudo establecer que para el período que se solicitó información, fue necesario; en lo correspondiente al reporte de información errada para el mejoramiento continuo y la toma de decisiones; por parte de la OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN, proceder a comunicar el reporte de información errada y su consecuente retroalimentación a las dependencias donde se originó la información objeto de reporte.

Por lo tanto, en el grupo de correos electrónicos se pudo evidenciar incidentes por errores en las herramientas de gestión y como resultado se ha tenido que corregir el reporte de información, por parte de distintas dependencias del Instituto. Situación que si bien aún no ha impactado en una afectación reputacional podría llegar a presentarse, de ahí que sea necesario tomar medidas para fortalecer los controles.

Recomendación 11.

Fortalecer los controles del riesgo de gestión No 1 y ejecutar acciones que permitan gestionar los incidentes oportunamente los incidentes cuando se presenten.

Oportunidad de mejora 2.

De acuerdo con los análisis efectuados para validar las acciones no cumplidas o ejecutadas en un bajo porcentaje por parte del proceso de SMG, para el cierre del Plan de Acción 2024, se evidenció que estas acciones no fueron incluidas en su totalidad en el Plan de Acción 2025. Asimismo, se observaron algunas acciones que pueden tener relación pero presentan modificaciones en las actividades de las metas en el Plan de Acción 2025. Lo cual podría derivar en que se queden sin ejecutar acciones que impacten en los resultados a largo plazo y en los objetivos estratégicos del Instituto.

Detalle de la situación observada:

En el marco de la auditoria al seguimiento y mejoramiento de la gestión (SMG) 2025, se realizó el análisis y verificación de las acciones no cumplidas en 100% o con baja ejecución para en el cierre del del Plan de Acción 2024, donde se observa en el Plan de Acción 2025 publicado en la página del Instituto, no incluyó 11 acciones de 18 identificadas sin ejecutar o con baja ejecución del Plan de Acción 2024, las cuales se referencian por código de acción (PAI-2024-016, PAI-2024-017, PAI-2024-018, PAI-2024-019, PAI-2024-123, PAI-2024-124, PAI-2024-125, PAI-2024-127, PAI-2024-128, PAI-2024-136, PAI-2024-141).

Asimismo, se evidenció modificaciones en las actividades, metas de algunas de las acciones que si fueron incluidas en el Plan de Acción 2025, como se detalla a continuación:

- En la acción PAI-2024-066 se definió como meta Ejecutar al 100% el Plan de Seguridad y salud en el Trabajo, mientras que la acción PAI-2025-083 Ejecutar al 90% el Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo
- No se observa en las actividades de la meta de la acción PAI-2025-086, el Informe de ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano que se referencia en el producto de la acción PAI-2024-069
- Se observa en la meta de la acción PAI-2025-120 realizar seguimiento a los fallos a favor y en contra de la entidad, con fallos y correos electrónicos, es importante tener en cuenta la construcción del informe de SIPROJWEB que se indica en la acción PAI-2024-091
- Se observa en la meta de la acción PAI-2025-113, realizar 1 seguimiento a ejecución presupuestal (diciembre 2024), sin embargo, no se observa en las actividades a realizar, 12 reportes mensuales de seguimiento y 1 Plan de Cuentas Presupuestales como se estableció en la PAI-2024-103
- Se observa que la acción PAI-2025-161 comprende los siguientes productos a realizar en la vigencia 2025:
 - Actas de reunión, Mapa de riesgo presentado"

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	25 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

<ul style="list-style-type: none">➤ Tablero de indicadores con el seguimiento realizado➤ Mapas de riesgos de corrupción y gestión con el seguimiento realizado➤ Acta de reunión➤ Listado de asistencia➤ Presentación <p>Como resultado de lo anterior, no se observa que se haya incluido de la acción PAI-2024-137 las Fichas de indicadores con el seguimiento realizado.</p>
Recomendación 12.
Se recomienda como oportunidad de mejora, adelantar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los productos y metas establecidas en las acciones no ejecutadas o con baja ejecución del Plan de Acción de cada vigencia.

Oportunidad de mejora 3.
<p>En el análisis de la gestión de lo recomendado en el informe de seguimiento a la implementación del MIPG, notificado con radicado N. 2024IE6113, se evidenció que las actividades relacionadas con el proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión (SMG) correspondientes a las recomendaciones FURAG 2023, clasificadas en los estados "pendientes" y "en gestión", no han mostrado avances desde su estado inicial. Esta situación refleja que aun no se ha atendido las recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno, que en su rol preventivo exhorta a las dependencias a implementar medidas para garantizar el cumplimiento de las actividades necesarias para sostener y continuar avanzando en la implementación del MIPG, lo anterior podría derivar en impacto negativo en los resultados del IDI y de otras evaluaciones externas.</p>
Detalle de la situación observada:
<p>De acuerdo con las respuestas dadas en diligenciamiento de la herramienta FURAG 2023 se observó que el proceso no ha gestionado algunas recomendaciones emitidas en el Informe con radicado N. 2024IE6113, de las cuales se citan a modo de referencia las siguientes:</p> <p>Política 3. Planeación Institucional en la Pregunta PLA200 el siguiente instrumento "<i>Contó con un normograma actualizado (leyes, decretos, sentencias, acuerdos, circulares, entre otros, que delimitan y regulan sus actuaciones</i>". No se presenta avance o acciones adelantadas en este aspecto.</p> <p>Política 6. Fortalecimiento Institucional, en la pregunta FOR212 "<i>En la estructura para la caracterización de los procesos se relaciona las normas, procedimientos, indicadores y riesgos</i>", No se identifica en actualización de las caracterizaciones la inclusión de los procedimientos, asimismo, se recomienda documentar como se enlazan desde allí las normas, indicadores y riesgos de cada proceso.</p> <p>Las recomendaciones dirigidas por la OCI al proceso SMG, se detallaron en el INFORME DE SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION Y SOSTENIBILIDAD DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION MIPG.</p>
Recomendación 13.
<p>Es esencial que las dependencias responsables analicen las recomendaciones y gestionen las actividades pendientes. Además, se recomienda establecer mecanismos de seguimiento periódico para evaluar los avances, identificar limitantes y proponer actividades que permitan cumplir con las recomendaciones de manera efectiva.</p>

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Niñez y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	26 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

7.5. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS:

Es importante precisar que la Oficina de Control Interno, emite un dictamen sobre el estado de los planes de mejoramiento internos, realizando un análisis de las acciones implementadas por el proceso y así determinar su efectividad.

En consideración con lo anterior, se evidencio que a la fecha de apertura de la auditoria y en concordancia con el seguimiento realizado al plan de mejoramiento SMG, con corte a diciembre de 2024, el proceso registraba un total de dos (8) hallazgos registrados en el Tablero Control con el siguiente estado: cinco (5) abierta, una (1) Vencidas y dos (2) Cerradas, dadas estas condiciones, se evaluó para estas últimas su efectividad, validando si la situación que había sido objeto de hallazgo persiste, caso en el que la actividad de mejoramiento se establecerá como NO EFECTIVA, en el caso contrario la actividad se evaluará como EFECTIVA.

VIGENCIA DEL PLAN	HALLAZGO/ SITUACION IDENTIFICADA	ESTADO	EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD
2024	PMAI-2024-044 - Realizada la revisión documental para establecer los criterios de evaluación de los riesgos y controles, se identificó que la Política de administración del riesgo declarada en el numeral 7.2.1 del Manual de para la administración de los riesgos E-DES-MA-003 versión 08 del 27/11/2023 no se identificó la evidencia de aprobación de dicha versión en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno lo cual denota debilidades en la observancia de los roles establecidos en el artículo 2.2.21.1.6 del decreto 1083 de 2015 y del numeral 7 artículo 3 de la resolución 503 de 2022. Situación que puede presentarse por desconocimiento o desatención de los lineamientos de asignación de funciones, roles y responsabilidades de los actores del sistema, lo cual puede afectar la formalidad de las directrices y el compromiso de los actores para su implementación.	Cerrado	EFECTIVA
2024	PMAI-2024-027 - Como resultado de la prueba de recorrido de evaluación de los documentos del proceso y en específico del diseño de los procedimientos, documentos internos y sus controles, se detectaron debilidades de clasificación y diagramación de las actividades, descripción y atributos de puntos de control, desactualización de la información y estructura documental (tipo de documentos que la conforman), lo que denota fallas en el cumplimiento lo establecido en el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA002 VR 12, numerales 3, 7, 11.2, 11.4 y 11.5. Situación que pudo presentarse por desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto. Lo anterior puede generar riesgos por fallas en la operatividad, secuencia de actividades y controles, pudiendo impactar negativamente los resultados esperados del proceso.	Cerrado	NO EFECTIVA

Con relación a la tabla anterior, se observan los siguientes aspectos:

Frente al hallazgo código PMAI-2024-044, se evidencia que no persiste en la vigencia 2024, toda vez que, se tiene acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCI, donde fue apruebo el Manual para la Administración de Riesgos Vr. 09.

Con relación al hallazgo código PMAI-2024-027, se evidencia que persiste en la vigencia 2024, al encontrar en la presente auditoria, debilidades en aspectos como la clasificación, descripción, responsabilidades, diagramación, atributos de los registros y puntos de control (Ver Hallazgo N. 1).

7.6. ANEXOS:

Anexo 1. Prueba de recorrido de evaluación diseño controles y actividades.

8. CONCLUSIONES:


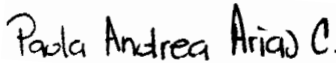
- De acuerdo con el objetivo definido en la presente auditoria, se evaluó la gestión del proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, correspondiente a la vigencia 2024 y el periodo de enero 1 al 28 de febrero de 2025, ejercicio que se enmarco en la validación de la aplicación de los lineamientos internos y de la normatividad vigente; de manera que, se puede concluir que en términos generales con la información que fue aportada, se está cumpliendo con el objetivo del proceso, a excepción de las situaciones presentadas en este informe, que identifican un total de diez (10) hallazgos y tres (3)


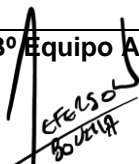
	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	27 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

oportunidades de mejora, evidenciando así resultados que requieren implementar acciones para mejorar la gestión del proceso auditado.

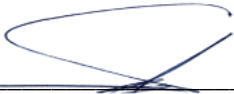

9. RECOMENDACIONES GENERALES:

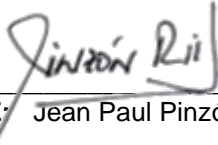

- Revisar y actualizar la política y objetivos del Sistema Integrado de Gestión del instituto.
- Documentar e implementar herramientas, que permitan ejercicios de autoevaluación de la gestión de los procesos.
- Robustecer los mecanismos de revisión, actualización y armonización de todos los documentos institucionales (manuales, instructivos, planes y programas), asegurando su alineación con la normatividad vigente y los lineamientos del MIPG.
- Implementar espacios de articulación entre los equipos técnicos encargados de la planeación estratégica, formulación de planes institucionales y demás herramientas de gestión, contemplando como fuente de análisis los resultados de evaluaciones internas y externas (como FURAG y autodiagnósticos MIPG, Informes de seguimiento o de auditorías).
- Fortalecer las competencias de los equipos que deben realizar el acompañamiento a los demás procesos, en la formulación y seguimiento de las herramientas de gestión.
- Optimizar los controles de verificación del cumplimiento de lo indicado en el manual de elaboración de documentos.
- Revisar los lineamientos técnicos para la formulación, seguimiento de indicadores y establecer controles que permitan controlar su cumplimiento.
- Continuar fortaleciendo el mejoramiento continuo, a través de promover la eficacia de los planes de mejoramiento y la formulación de acciones efectivas.

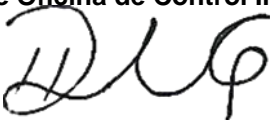
<div>VºBº Auditor líder*</div> <div></div> <div>FIRMA: _____</div> <div>NOMBRE: Ingrid Beatriz Acosta Velásquez</div>	<div>VºBº Equipo Auditor*</div> <div></div> <div>FIRMA: _____</div> <div>NOMBRE: Paola Andrea Arias Cabrera</div>
--	--

<div>VºBº Equipo Auditor*</div> <div></div> <div>FIRMA: _____</div> <div>NOMBRE: Franklin Augusto Serrano Rojas</div>	<div>VºBº Equipo Auditor*</div> <div></div> <div>FIRMA: _____</div> <div>NOMBRE: Jefferson Bonilla Carreño</div>
--	---

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	28 de 28
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

<p>VºBº Equipo Auditor*</p> <p></p> <p>FIRMA: _____</p> <p>NOMBRE: Sergio Andrés Castro Londoño</p>	<p>VºBº Equipo Auditor*</p> <p></p> <p>FIRMA: _____</p> <p>NOMBRE: Carlos Andrés Guerra Jiménez</p>
--	--

<p>VºBº Equipo Auditor*</p> <p></p> <p>FIRMA: _____</p> <p>NOMBRE: Jean Paul Pinzón Riaño</p>	<p>VºBº Equipo Auditor*</p> <p></p> <p>FIRMA: _____</p> <p>NOMBRE: Navis Alberto Flórez Leon</p>
--	---

<p>Aprobación Jefe Oficina de Control Interno</p> <p></p> <p>FIRMA: _____</p> <p>NOMBRE: Marcela Delgado Guarnizo</p>
--