

INFORME DE SEGUIMIENTO POR PARTE CONTROL INTERNO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

1. Introducción

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y demás lineamientos expedidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la Oficina de Control Interno realizó el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional (PMI), con el propósito de verificar su formulación, ejecución, cierre y articulación con el Sistema de Control Interno.

El presente informe se presenta al Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno como insumo para la toma de decisiones, el fortalecimiento de la gestión institucional y la mitigación de riesgos asociados al incumplimiento de acciones de mejora.

2. Alcance y metodología

El seguimiento comprendió la revisión de los siguientes aspectos:

- Existencia y formalización del Plan de Mejoramiento Institucional.
- Origen, identificación y clasificación de los hallazgos incorporados.
- Formulación de acciones de mejora y asignación de responsables.
- Definición de plazos, avance y prórrogas.
- Evidencias de ejecución y cierre de acciones.
- Articulación con el mapa de riesgos institucional.
- Reporte a entes de control, socialización interna y seguimiento por instancias de dirección.

La verificación se realizó con base en la información registrada en el Plan de Mejoramiento Institucional, los soportes documentales aportados por las áreas responsables, los seguimientos trimestrales y las actas del Comité de Gestión y Desempeño.

3. Resultados del seguimiento

3.1 Existencia y origen del Plan de Mejoramiento Institucional

Se evidenció que la entidad cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional debidamente documentado, aprobado y vigente, con versión consolidada con corte al 30 de diciembre de 2025 y último seguimiento al 28 de enero de 2026. Los hallazgos incorporados provienen de auditorías internas, auditorías externas y revisiones de información rendida en las plataformas SIA Contraloría y CHIP, lo cual permite concluir que el plan recoge de manera integral las observaciones formuladas por los diferentes entes de control.

No obstante, se identifica como riesgo potencial la omisión de hallazgos derivados de desviaciones en indicadores, metas institucionales, seguimiento a extemporaneidades en la atención de PQRS, reportes en SIA OBSERVA y SECOP II.

3.2 Formulación de acciones, responsables y plazos

Del análisis efectuado se concluye que cada hallazgo cuenta con acciones de mejora definidas, las cuales guardan relación directa con las causas identificadas. Así mismo, se verificó que las acciones tienen responsables asignados y plazos definidos, considerados razonables y acordes con la complejidad de cada actividad.

Este aspecto cumple con los lineamientos del MIPG y del DAFP, mitigando el riesgo de acciones ineficaces o de incumplimiento por falta de asignación clara de responsabilidades.

3.3 Avance de las acciones y gestión de prórrogas

Se evidenció que la entidad realiza seguimiento periódico al avance de las acciones del Plan de Mejoramiento Institucional, a través del registro del porcentaje de avance y seguimientos trimestrales. Las prórrogas otorgadas a algunas acciones se encuentran debidamente fundamentadas en causas externas, principalmente de orden financiero, contractual y regulatorio.

No obstante, Control Interno recomienda siempre formalizar dichas prórrogas mediante actos administrativos o actas del Comité de Gestión y Desempeño, definir hitos intermedios verificables, diferenciar el avance físico del avance financiero y articular estas situaciones con el mapa de riesgos institucional, con el fin de fortalecer la trazabilidad, el seguimiento y el cierre efectivo de los hallazgos.

3.4 Evidencias de ejecución

En relación con las evidencias de ejecución, se constató la existencia de soportes documentales tales como actos administrativos, propuestas contractuales, certificaciones y soportes contables. Sin embargo, este aspecto presenta cumplimiento parcial, dado que no todas las acciones cuentan con evidencias consolidadas de manera uniforme y fácilmente verificable.

Se identifica el riesgo de cierre sin soporte, razón por la cual se recomienda la conformación de un expediente único por hallazgo o acción, que garantice la trazabilidad, verificabilidad y transparencia del Plan de Mejoramiento Institucional. Adicionalmente, se recomienda que el área de calidad realice revisiones periódicas de las evidencias del Plan de Mejoramiento y de otras actividades propias del Comité de Gestión y Desempeño, consolide los resultados en informes y los remita a la Alta Dirección.

3.5 Cierre de acciones

El seguimiento evidenció cumplimiento en el cierre de 23 hallazgos y uno parcial en el cierre de acciones. En particular, en el hallazgo número 1 donde se indica la revisión de las OPAS para su inclusión en el SUIT; no obstante, dicha actividad no se encuentra claramente documentada en el campo de observaciones del PMI.

Esta situación genera riesgo de cierre prematuro, por lo cual se recomienda no cerrar el hallazgo hasta tanto se evidencie y documente la revisión efectiva de las OPAS y su inclusión en el SUIT, asegurando coherencia entre la acción formulada, las evidencias aportadas y las observaciones registradas. Así mismo, se sugiere fortalecer la capacitación de directores y líderes de proceso en la gestión de planes de mejoramiento.

3.6 Articulación con el mapa de riesgos

Se verificó la articulación entre el Plan de Mejoramiento Institucional y el mapa de riesgos institucional. En este sentido, se establece que cuando un hallazgo incida de manera temporal en un riesgo ya identificado, su tratamiento se realizará a través del Plan de Mejoramiento Institucional, evaluando la necesidad de actualizar la matriz de riesgos al cierre de la acción o en caso de materialización.

Cuando el hallazgo no esté asociado a ningún riesgo existente, se documentará técnicamente dicha condición y se gestionará exclusivamente mediante el Plan de Mejoramiento Institucional, reevaluando posteriormente si se configura un nuevo riesgo que deba incorporarse a la matriz.

3.7 Reporte, socialización y seguimiento directivo

Se evidenció el cumplimiento en el reporte de información a los entes de control, la socialización interna del Plan de Mejoramiento Institucional con las áreas involucradas y el seguimiento periódico por parte de la Alta Dirección, a través de las actas del Comité de Gestión y Desempeño y los informes de seguimiento del PMI.

Estos mecanismos contribuyen a mitigar los riesgos de desconocimiento y de falta de control directivo.

4. Conclusiones generales

El Plan de Mejoramiento Institucional presenta un nivel de cumplimiento favorable en términos de formulación, asignación de responsabilidades, seguimiento y articulación con el Sistema de Control Interno. No obstante, se identifican oportunidades de mejora relacionadas con análisis riesgos existentes y/o creación de nuevos en matriz de riesgos producto de hallazgos, la gestión de evidencias, el cierre adecuado de acciones y el fortalecimiento de los directivos y líderes de la entidad en cuanto al SGI.

La implementación de las recomendaciones formuladas permitirá fortalecer la calidad de la información, prevenir cierres prematuros, mejorar la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y consolidar el rol del Comité de Gestión y Desempeño como segunda línea de defensa, contribuyendo a la sostenibilidad y madurez del Sistema de Control Interno institucional.

Se recomienda que la alta dirección incentive: que el Calidad implemente revisiones aleatorias y selectivas de las evidencias presentadas por las diferentes áreas en el comité de gestión y desempeño en el marco del Plan de Mejoramiento Institucional y demás instrumentos de gestión, con el fin de verificar aspectos de calidad, consistencia y suficiencia de la información reportada.

Así mismo, se sugiere que los resultados de dichas revisiones sean consolidados en informes ejecutivos y puestos en conocimiento de la Alta Dirección de manera posterior a las sesiones del Comité, fortaleciendo la toma de decisiones y el seguimiento institucional durante la vigencia.

Adicionalmente, se recomienda incentivar el uso de un formato estandarizado para la presentación, desarrollo y gestión del comité de gestión y desempeño, que permita delimitar el alcance del Comité, fortalecer la trazabilidad de las revisiones realizadas y blindar su gestión como instancia de segunda línea de defensa, sin invadir funciones propias de auditoría interna.

