

PROCESO: Planes de Mejoramiento**PROCEDIMIENTOS AUDITADOS:** Ejecución de planes de Mejoramiento**FECHA:** 31/08/2026**AUDITOR:** JHON JAIME ZAPATA OSPINA**OBJETIVO DE LA AUDITORIA:**

Evaluar la efectividad, avance y estado de cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de los procesos de auditoría interna institucionales, teniendo en cuenta los resultados del consolidado histórico con corte a diciembre de 2025 frente al seguimiento efectuado con corte a julio de 2026, con el fin de garantizar el fortalecimiento del Sistema de Control Interno y la mejora continua en la gestión pública.

ALCANCE

El presente informe de evaluación abarca el 100% de los procesos y hallazgos registrados en los planes de mejoramiento institucionales resultado de las auditorías internas de la Dirección de Control Interno. Comprende dos momentos de corte analíticos estructurados:

- **Vigencia Histórica (2022 - 2025):** Evaluación de 33 procesos auditados y 91 hallazgos acumulados con corte a diciembre de 2025.
- **Vigencia Actual (2026):** Evaluación de seguimiento sobre 41 hallazgos reportados con corte a julio de 2026

Los procesos evaluados corresponden a la estructura por macroprocesos de la institución: Estratégicos, Misional - Académica, Apoyo Administrativo y Financiero, Secretaría General y Comunicaciones.

CRITERIOS NORMATIVOS DE AUDITORIA:

1. Ley 87 de 1993. "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"
2. Ley 1474 2011. "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."
3. Decreto 1083 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública"
4. Decreto 1499 de 2017. "Por medio del cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)"
5. Decreto 648 de 2017 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública"

FORTALEZAS

- Alta Capacidad de Cierre de Hallazgos Históricos (100% de Cierre al 2025): Demostrada capacidad de respuesta y depuración al solventar el 100% de los 91 hallazgos acumulados entre 2022 y 2025.
- Solidez Estratégica, Financiera y Control Gubernamental: Evaluaciones con cero hallazgos en la vigencia 2026 en áreas clave como Tic, Plan de Desarrollo, Control Contable y Austeridad del Gasto Publico.

DEBILIDADES

Falta de apropiación por parte de los líderes y responsables de cada proceso para la ejecución oportuna, priorización y cierre de las acciones correctivas formuladas en los planes de mejoramiento derivados de los ciclos de auditoría interna.

Aunque la institución ha demostrado en la serie histórica (2022-2025) que tiene la capacidad técnica para alcanzar el 100% de cumplimiento al cierre anual, el comportamiento del seguimiento 2026 confirma un patrón de respuesta reactivo ya que para el primer semestre 2026 no se han cerrado los hallazgos que se fueron resultado de auditoría.

OPORTUNIDADES DE MEJORA Y OBSERVACIONES

1. Análisis consolidado con corte a Diciembre de 2025

El análisis de la vigencia 2022-2025 demuestra una gestión altamente eficaz en la resolución y cierre de los hallazgos generados en las auditorías de dicho período. A continuación, se presenta la consolidación técnica por macroproceso:

Macroproceso / Área	Total, Hallazgos (2022-2025)	Hallazgos Abiertos	Hallazgos Cerrados	Porcentaje de Cierre
Estratégicos	33	0	33	100%
Misional - Académica	12	0	12	100%
Apoyo Administrativo y Financiero	21	0	21	100%
Secretaría General	19	0	19	100%
Comunicaciones	6	0	6	100%
TOTAL, GENERAL 2025	91	0	91	100%

Aspectos Clave del Período 2022-2025:

- Efectividad del 100%: Se evidencia el cierre total de los 91 hallazgos identificados en los 33 procesos evaluados. No quedaron observaciones pendientes ni planes de mejoramiento vencidos al cierre de 2025.
- Áreas con mayor volumen de hallazgos: El macroproceso *Estratégicos* lideró con 33 hallazgos.
- La depuración del 100% de los 91 hallazgos al cierre de 2025 demuestra que las áreas sí disponen del conocimiento y los recursos institucionales para resolver los requerimientos de la auditoría. Desde una perspectiva de control interno, este resultado evidencia una adecuada gestión institucional frente a la formulación, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento, permitiendo inferir que las dependencias responsables implementaron las acciones correctivas requeridas para atender las observaciones formuladas por la Dirección de Control Interno.

El cierre total de los hallazgos constituye un indicador positivo del funcionamiento del Sistema de Control Interno, reflejando compromiso institucional con la mejora continua y el cumplimiento de los compromisos derivados de las auditorías.

No obstante, el cierre administrativo de un hallazgo no garantiza por sí mismo la sostenibilidad de las acciones implementadas, razón por la cual resulta necesario mantener mecanismos permanentes de seguimiento para evitar la reincidencia de las causas que dieron origen a las observaciones.

2. Análisis Consolidado con Corte a Julio de 2026

El seguimiento correspondiente a la vigencia 2026 refleja el estado exacto de los planes de mejoramiento vigentes con corte al mes de julio, totalizando 41 hallazgos distribuidos en la estructura institucional:

Auditoría - Proceso	Macroproceso	Número de Hallazgos	Hallazgos Abiertos	Hallazgos Cerrados	Estado
Verificar el Licenciamiento y aprovechamiento de los softwares institucionales; derechos de autor y propiedad intelectual. Política de ciberseguridad	Estratégicos	0	0	0	N/A
Verificación al manejo integral de los convenios interadministrativos y gestión de la Dirección de Extensión	Estratégicos	1	1	0	ABIERTO

Plan de desarrollo - Planes, programas y proyectos institucionales del Tdea. (Plan de Acción 2026 2030)	Estratégicos	0	0	0	N/A
Verificación al estado de avance al proyecto Territorio Tdea	Misional Académica	9	4	5	ABIERTO
Informe control interno contable	Apoyo Administrativo y Financiero	0	0	0	N/A
Resultado y formulación de la ejecución del plan anual de adquisiciones y plan presupuesto 2026 - 2030	Apoyo Administrativo y Financiero	1	0	1	CERRADO
Verificación de la Austeridad del gasto público comparativo	Apoyo Administrativo y Financiero	0	0	0	N/A
Personal y costos	Secretaría General	2	1	1	ABIERTO
Verificación al proceso de gestión humana 2025 - 2026 y Cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Secretaría General	15	15	0	ABIERTO
Verificación a las de PQRSDF institucional y Punto Tdea. Primer semestre 2026	Comunicaciones	6	6	0	ABIERTO
Verificación a las de PQRSDF institucional y Punto Tdea. Segundo semestre 2025	Comunicaciones	7	0	7	ABIERTO
TOTAL, HALLAZGOS		41	27	14	-
PORCENTAJES		100%	66%	34%	-

Aspectos Clave del Reporte 2026 Actualizado:

- Avance Global de Cierre (34%): La entidad registra un nivel de cumplimiento de 14 hallazgos cerrados (34%) frente a 27 hallazgos abiertos (66%).
- Logros de Depuración: Destaca el avance del 55.5% de cierre en el Proyecto Territorio TdeA (5 de 9 hallazgos cerrados).
- Puntos Críticos Pendientes: Gestión Humana / SG-SST reúne 15 hallazgos abiertos (55.5% del total de pendientes institucionales) y PQRSDF I Semestre 2026 mantiene 6 hallazgos abiertos.
- Se da por cerrado en su totalidad el Plan de Mejoramiento correspondiente a la auditoría de PQRSDF del segundo semestre de 2025 (total de 7 hallazgos). No obstante, se precisa que 3 de las 7 observaciones registradas alcanzaron un cumplimiento efectivo al ser subsanadas mediante las acciones de mejora implementadas por el proceso.

Por su parte, los 4 hallazgos restantes reincidieron y fueron identificados nuevamente durante el ciclo de auditoría correspondiente al primer semestre de 2026. En consecuencia, bajo el principio de continuidad y depuración administrativa, se procede al cierre definitivo del plan de mejoramiento del II semestre de 2025, trasladando e integrando dichos 4 hallazgos al seguimiento activo de la auditoría del I semestre de 2026 para garantizar su solución de fondo.

3. Resultado de análisis de seguimiento a los planes de mejoramiento

Aunque la Institución ha demostrado, durante la serie histórica 2022-2025, capacidad para alcanzar el 100 % de cierre de los hallazgos al finalizar cada vigencia, el seguimiento correspondiente al primer semestre de 2026 evidencia un comportamiento que puede asociarse a una gestión de carácter reactivo, toda vez que, a la fecha de corte, aún se encuentran hallazgos derivados de ejercicios de auditoría pendientes de cierre.

Se identifican auditorías cuyo estado permanece ABIERTO, debido a que aún se encuentran en desarrollo o en proceso de implementación de los respectivos planes de mejoramiento. Estos resultados muestran que las auditorías más recientes se encuentran en fase de implementación de acciones correctivas, situación que resulta consistente con el momento del seguimiento efectuado.

No obstante, teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la Institución y el avance observado durante la vigencia 2026, se prevé que, de mantenerse las acciones de seguimiento y gestión implementadas por los responsables, la Entidad pueda alcanzar nuevamente un nivel de cierre cercano al 100 % al finalizar la vigencia. Esta situación deberá ser objeto de verificación en el seguimiento de cierre anual, con el fin de determinar la efectividad y oportunidad de las acciones implementadas para subsanar

las situaciones identificadas.

Desde una perspectiva de control interno, el comportamiento observado corresponde a una etapa intermedia del ciclo de auditoría, en la cual aún se encuentran en ejecución diversas actividades de formulación e implementación de planes de mejoramiento.

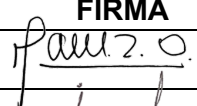
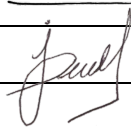
CONCLUSIONES.

El seguimiento correspondiente a la vigencia 2025 evidencia una gestión altamente favorable de los planes de mejoramiento, alcanzando el cierre del **100 % de los 91 hallazgos** identificados entre las vigencias 2022 y 2025, lo que demuestra la capacidad del Sistema de Control Interno para realizar seguimiento y verificar el cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de los ejercicios de auditoría. A su vez, al corte de julio de 2026, las auditorías presentan diferentes niveles de avance, con procesos concluidos, procesos en ejecución y auditorías pendientes de culminación, situación que se encuentra acorde con el cronograma anual de auditoría establecido para la vigencia.

Durante 2026, las auditorías requieren un seguimiento permanente hasta verificar la implementación y efectividad de las acciones de mejora. En términos generales, la información analizada permite concluir que el proceso institucional de seguimiento a los planes de mejoramiento mantiene una dinámica de control adecuada y evidencia capacidad de respuesta frente a las situaciones identificadas; no obstante, resulta indispensable continuar fortaleciendo el monitoreo de los hallazgos que permanecen abiertos, con el propósito de garantizar su cierre oportuno, la efectividad de las acciones implementadas y la sostenibilidad de las mejoras alcanzadas.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecimiento Institucional del Autocontrol y la Autogestión: Promover que la formulación de los planes de mejoramiento no se asuma como un trámite formal ante la Dirección de Control Interno, sino como un instrumento de gestión directiva encaminado a la eliminación de las causas raíz de las desviaciones.
2. Articulación con el Plan de Desarrollo Institucional y el MIPG: Alinear las acciones correctivas y preventivas derivadas de las auditorías internas directamente con los objetivos estratégicos y las metas de los Planes de Acción anuales, asegurando la asignación oportuna de recursos financieros, tecnológicos y humanos.
3. Modernización Digital y Trazabilidad Documental: Consolidar un tablero de control institucional que permita monitorear en tiempo real el estado de los hallazgos, los responsables, los porcentajes de avance y las fechas de cumplimiento, facilitando la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
4. Continuar promoviendo la cultura del autocontrol y la mejora continua en todas las dependencias institucionales, fortaleciendo la apropiación de los planes de mejoramiento como herramienta de gestión.

APROBACIÓN DEL INFORME	RESPONSABLE DEL PROCESO	FIRMA
Jefe de Control Interno	JHON JAIME ZAPATA OSPINA	
Auditor Líder	JUAN DAVID MAYA ORTEGA	
Audidores		

