

Informe Ejecutivo Evaluación por Dependencia Vigencia 2025

OFICINA DE CONTROL INTERNO

2026

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. Objetivo	3
3. Alcance	3
4. Metodología	3
5. Marco Legal	4
6. Verificación de Antecedentes	4
7. Desarrollo del Informe	4
7.1. Resultado Evaluación por Dependencias	5
7.1.1. Resultado de la evaluación cuantitativa del Plan de Acción 2025	5
7.1.2. Sobre el cumplimiento Presupuestal del Plan de Acción	7
8. Controles Establecidos	14
9. Riesgos Identificados	15
10. Conclusiones	16
11. Recomendaciones	18
12. Plan de Mejoramiento	19
13. Salvaguardas	19

1.Introducción

La oficina de Control Interno en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la Ley 87 de 1993, y en cumplimiento de lo señalado en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004 respecto de la evaluación de la gestión por dependencias, lo reglamentado en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional, el artículo 2.2.8.1.3 del Decreto 1083 de 2015, presenta el resultado de la evaluación de la gestión adelantada por cada una de las dependencias de la Entidad en la vigencia 2025, para el desarrollo de esta actividad, se tuvo en cuenta la evaluación cuantitativa y cualitativa de la ejecución de los compromisos establecidos por las dependencias de la UNGRD en el Plan de Acción de la vigencia evaluada, así como del porcentaje de cumplimiento de la ejecución presupuestal asociada a este.

2.Objetivo

Evaluar la gestión realizada por las dependencias que componen la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo, con el fin de dar cumplimiento a lo señalado en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, por cuanto la Oficina de Control debe “Informar a los evaluados el resultado de la Gestión por Dependencias, del año inmediatamente anterior.”

3.Alcance

Evaluar la ejecución y cumplimiento en la gestión de todas las dependencias que conforman la estructura de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, de conformidad con lo establecido en el Plan de Acción de la UNGRD para el 2025.

4. Metodología

Para la realización de esta evaluación, la Oficina de Control Interno usó como insumo el seguimiento ejecutado por parte de la OAPI al Plan de Acción 2025. No obstante, la Oficina de planeación remitió el reporte del seguimiento solo hasta el quinto bimestre del año 2025, a la fecha de emisión del presente informe no sé contó con la entrega del seguimiento con corte al sexto y último bimestre del año.

Esta Oficina realizó una verificación del cumplimiento de los planes de acción a través de la comprobación de evidencias y la medición de la gestión previamente dispuesta por la OAPI. Posteriormente, se da lugar a la consolidación de la Evaluación realizada por esta Oficina, la cual se plasma de manera cuantitativa en el presente informe.

5. Marco Legal

Leyes:

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”.*

Ley 909 de 2004: *“Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.”*

Ley 1474 de 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.”*

Decretos:

Decreto 648 de 2017: *“Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015: “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.”*

Decreto 1083 de 2015: *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.”*

Circulares:

Circular No 004 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, Asunto: Evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la ley 909 de 2004.

Planes:

Plan de acción UNGRD de la Vigencia 2025.

6. Verificación de Antecedentes

Informe de evaluación por dependencias UNGRD 2024, realizado en la vigencia 2025.

7. Desarrollo del Informe

A continuación, se presentan de manera ejecutiva los resultados de la evaluación por dependencias basada en la evidencia de ejecución de lo establecido en el Plan de Acción. De lo cual se realizó una revisión tanto cualitativa como cuantitativa.

7.1. Resultado Evaluación por Dependencias

7.1.1. Resultado de la evaluación cuantitativa del Plan de Acción 2025

Para llegar a este resultado se requirió evaluar el cumplimiento del Plan de Acción 2025, en dos aspectos:

- Cualitativo y cuantitativo de cada una de las actividades y metas propuestas para cada dependencia.
- Porcentaje de ejecución presupuestal frente al asignado por cada dependencia y sus actividades registradas en el Plan de acción.

A continuación, se presentan los resultados de la ejecución física de las actividades y metas por dependencia, se reitera que estos resultados provienen de la verificación del seguimiento de los primeros 5 bimestres, debido a que no se recibió por parte de la OAPI el seguimiento del sexto bimestre realizado al plan de acción, por lo que los porcentajes no podrán reflejar la ejecución final de las dependencias:

ÁREA	CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN ANUAL
Oficina de Control Interno	100%*
Grupo de Relacionamento con el ciudadano	100%
Grupo de Contratación	95,80%
Grupo de Cooperación Internacional	91,61%
Oficina Asesora Jurídica	91%
Oficina Asesora de Planeación e Información	89,50%
Subdirección General	85,90%
Grupo de Apoyo Administrativo	80,20%
Control Disciplinario Interno	78,30%
Subdirección para el Manejo de Desastres	76,80%
Grupo de Apoyo Financiero y Contable	69,30%
Oficina Asesora de Comunicaciones	68,30%
Secretaría General	68,10%
Subdirección para la Reducción del Riesgo	64,80%
Grupo de Tecnologías de la Información	60%
Subdirección para el Conocimiento del Riesgo	52%
Grupo de Talento Humano	0%**

Fuente: Propia Seguimiento de la OCI

*La calificación de la OCI es tomada de los informes de la OAPI para mantener la objetividad.

**Calificación coincidente con el informe de OAPI para el cuarto bimestre.

Resultado del ejercicio de seguimiento realizado por esta Oficina sobre la Gestión Institucional de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD)

durante la vigencia 2025, esta oficina manifiesta que no le es posible concluir sobre el cumplimiento de la meta programada para la vigencia, debido a que no se contó con el reporte del Plan de Acción para el sexto bimestre.

En cuanto al cumplimiento por parte de las dependencias de la UNGRD, se aclara que se emite un porcentaje de avance que rinde cuenta solo de la gestión realizada y reportada hasta el quinto bimestre de 2025.

La medición representada en la tabla está clasificada por rangos, así:

Nivel satisfactorio ($\geq 85\%$)

Corresponde a dependencias con alto grado de ejecución frente a las metas programadas, evidenciando una gestión sólida, adecuada planeación operativa, seguimiento efectivo y cierre oportuno de los compromisos establecidos en el Plan de Acción.

Nivel aceptable (70% a $< 85\%$)

Agrupar a las dependencias que presentan avances parciales en la ejecución del Plan de Acción. Si bien se evidencia gestión, aún persisten brechas que requieren fortalecimiento para asegurar el cumplimiento integral de las metas al cierre de la vigencia.

Nivel insuficiente (50% a $< 70\%$)

Incluye dependencias con retrasos relevantes en la ejecución de las actividades programadas, reflejando debilidades en la implementación del Plan de Acción y un mayor riesgo de no alcanzar los resultados institucionales previstos.

Nivel crítico ($< 50\%$)

Corresponde a dependencias con ejecución altamente deficitaria frente a las metas establecidas, lo que evidencia un bajo nivel de avance y requiere atención prioritaria para corregir desviaciones significativas en el cumplimiento del Plan de Acción.

De la tabla se puede concluir que:

- 7 dependencias, equivalentes al 41,18% del total evaluado, se ubican en nivel satisfactorio. Estas áreas presentan un alto grado de cumplimiento del Plan de Acción Anual, reflejando una gestión sólida, adecuada planeación operativa y capacidad de cierre de compromisos institucionales.
- En nivel aceptable se identifican 3 dependencias, correspondientes al 17,65%. Este grupo evidencia avances parciales en la ejecución, con brechas que requieren fortalecimiento para garantizar el cumplimiento integral de las metas al cierre de la vigencia.

- 6 dependencias presentan un avance insuficiente, lo que representa el 35,29% del total evaluado. Estas áreas mantienen brechas relevantes frente al cumplimiento de las actividades y metas programadas, configurando un riesgo para el logro de los resultados institucionales.
- En el nivel crítico se observa 1 dependencia con 0% de cumplimiento, equivalente al 5,88%, situación que genera un impacto alto y negativo sobre el logro de las metas institucionales.
- En conjunto, lo anterior refleja que el 58,82% (10 de 17) de las dependencias se concentra en los niveles aceptable, insuficiente y crítico, lo cual pone de manifiesto una ejecución institucional heterogénea y evidencia la persistencia de brechas relevantes en la implementación del Plan de Acción Anual.

Adicionalmente, la ausencia del reporte correspondiente al sexto y último bimestre por parte de la Oficina Asesora de Planeación limita una valoración definitiva del cierre de la vigencia; no obstante, con la información disponible se identifican rezagos que requieren fortalecimiento del seguimiento directivo y la adopción de acciones focalizadas de mejora, especialmente en las dependencias ubicadas en los niveles insuficiente y crítico.

7.1.2. Sobre el cumplimiento Presupuestal del Plan de Acción

En cuanto al porcentaje de ejecución presupuestal asociada al Plan de Acción de cada dependencia, esta oficina no realizará pronunciamiento o afirmación del mismo; esto debido a que algunas de las áreas reportaron el avance de ejecución de los recursos asignados en la matriz del Plan de Acción, pero no se observan evidencias suficientes que den cuenta de dicha ejecución. En ese orden de ideas la OCI observó diferencias o faltas de evidencia en lo reportado por algunos procesos y la OAPI, a continuación, se describen algunas de las observaciones resultantes por dependencia:

- **Subdirección para el Manejo de Desastres**

Actividad No. 5

Descripción actividad: *Suplir la necesidad de alojamiento temporal de los hogares damnificados en el territorio en el marco de evacuaciones preventivas y/o desastres, a través de la entrega de ayuda de subvención económica de arrendamiento temporal.*

Tabla 1. Ejecución presupuestal

Bimestre	Valor Reportado	Valor de verificado según evidencias	Diferencia
1	\$1.213.416.648	\$1.219.436.400	+ \$6.019.752
2	\$1.830.796.645	\$1.840.035.165	+ \$9.238.520
3	\$441.194.414	\$443.651.198	+ \$2.456.784

4	\$1.503.800.520	\$1.511.340.072	+ \$7.539.552
5	\$6.021.064.227	\$1.037.169.168	- \$4.983.895.059

Fuente: Elaboración Propia

Los valores reportados corresponden a la información remitida por la Oficina Asesora de Planeación e Información, mientras que los valores verificados se obtienen a partir de la revisión de las evidencias de pago cargadas en el servidor institucional. Las diferencias reflejan inconsistencias en el reporte de la ejecución financiera por bimestre.

De acuerdo con la información consolidada en la tabla 1, se evidencia que en los bimestres 1 a 4 los valores verificados de acuerdo a las evidencias de pago superan los valores reportados por la Oficina Asesora de Planeación e Información, presentándose diferencias positivas que oscilan entre \$2.456.784 y \$9.238.520. Si bien estas variaciones, aunque de menor cuantía, reflejan inconsistencias recurrentes en el proceso de consolidación y reporte del presupuesto ejecutado.

Estas diferencias se acumulan progresivamente y afectan la trazabilidad de la ejecución presupuestal, toda vez que los valores reportados no reflejan de manera exacta los montos efectivamente pagados y soportados documentalmente para cada bimestre evaluado.

Por su parte, en el bimestre 5 se presenta una diferencia significativa, en la cual el valor reportado (\$6.021.064.227) supera de manera considerable el valor verificado según evidencias (\$1.037.169.168), generándose una diferencia negativa de -\$4.983.895.059. Esta situación constituye una inconsistencia relevante que impacta de forma directa el acumulado de la vigencia y la confiabilidad de la información reportada.

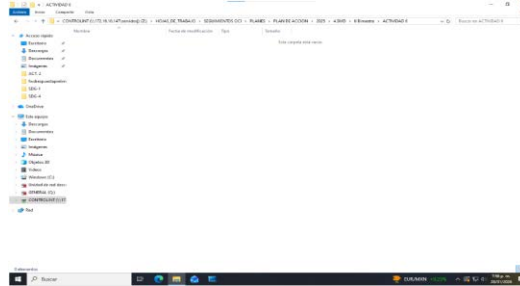
Ahora bien, para el quinto bimestre, al analizar el acumulado total de la Actividad No. 5, se evidencia que el valor reportado asciende a \$11.010.272.454, mientras que el valor verificado con base en las evidencias de pago corresponde a \$6.051.632.003, presentado una diferencia acumulada de -\$4.958.640.451, equivalente aproximadamente al 45% del valor reportado.

Actividad No. 6

Descripción actividad: *Brindar Asistencia Técnica Especializada - Recurso Humano*

Para la vigencia 2025 se contó con un presupuesto total asignado de \$23.298.759.955. La ejecución inició a partir del segundo bimestre; no obstante, para dicho periodo no se adjuntan evidencias que soporten la ejecución de los recursos, pese a que la Oficina Asesora de Planeación realizó el correspondiente seguimiento y reporte de ejecución presupuestal.

Imagen 1. Inexistencia de evidencias para verificación en la ruta establecida



Fuente: Imagen tomada del Servidor Institucional de la OCI

En lo correspondiente al tercer, cuarto y quinto bimestre, no fue posible realizar la verificación de la ejecución, toda vez que las evidencias aportadas no son claras ni suficientes, ya que se cargó un documento denominado “Informe presupuestal – Recursos asignados FNGRD 2025”, el cual presenta información general y consolidada, sin desagregación por bimestre, actividad o rubro, lo que impide establecer la correspondencia entre los recursos reportados y la ejecución efectiva. Si bien la Oficina Asesora de Planeación e Información efectuó seguimiento a la ejecución presupuestal, dicho documento no constituye un soporte idóneo que permita verificar la ejecución específica por bimestre.

Actividad No. 7

Descripción actividad: *Realizar obras para atender las Emergencias para disminuir el impacto y contribuyendo a las condiciones para realizar las obras definitivas.*

Se identificó una diferencia de \$151.784.500 entre el valor reportado y el valor efectivamente ejecutado de acuerdo con los soportes verificados. Adicionalmente, no fue posible realizar una verificación integral de la ejecución, toda vez que no se cuenta con un presupuesto asignado para la vigencia, situación que limita la trazabilidad, el seguimiento financiero y la validación del cumplimiento de la actividad. Cabe precisar que la ejecución de esta actividad se encontraba programada para el sexto bimestre, el cual no fue objeto de revisión debido a que la información correspondiente no fue remitida dentro de los plazos establecidos.

Actividad No. 10

Descripción actividad: *Suministrar horas de maquinaria amarilla, para mantener la capacidad de respuesta a emergencias.*

Para el segundo bimestre, se evidencia la activación de once (11) órdenes de proveeduría de suministro, así como once (11) órdenes de control y seguimiento, de acuerdo con las evidencias aportadas. No obstante, en el seguimiento reportado por la Oficina Asesora de Planeación e Información se indica que “se adelanta la activación de seis (6) órdenes de proveeduría con su respectivo control y seguimiento para el suministro de maquinaria amarilla”, lo cual no coincide con las evidencias revisadas, en las que se identifican once (11) órdenes de suministro y once (11) de control y seguimiento, evidenciándose una inconsistencia entre lo reportado y lo soportado.

Para el tercer bimestre, se evidencia que la orden de proveeduría SMD-GS-MQC-035-2025, por valor de \$106.671.600, se encuentra duplicada, toda vez que aparece registrada tanto en el segundo bimestre como en el tercer bimestre, lo que afecta la trazabilidad y confiabilidad de la información reportada para la ejecución de la actividad.

Tabla 2. Diferencias de ejecución presupuestal por bimestre

Bimestre	Valor Reportado	Valor de verificado según evidencias	Diferencia
4	\$7.287.264.705	\$7.259.899.941	- \$27.364.764
5	\$7.707.668.138	\$7.880.254.554	+ \$172.586.416

Fuente: Elaboración Propia

Las diferencias corresponden al cálculo entre el valor verificado según evidencias y el valor reportado. En el cuarto bimestre, el valor verificado fue inferior al reportado, generando una diferencia negativa de \$27.364.764. En el quinto bimestre, el valor verificado superó el valor reportado, presentando una diferencia positiva de \$172.586.416. Estas variaciones reflejan inconsistencias en el reporte de la ejecución presupuestal, las cuales afectan la confiabilidad de la información reportada, así como la trazabilidad y verificación de la ejecución financiera por bimestre, al no existir correspondencia plena entre los valores reportados y los soportes que los respaldan.

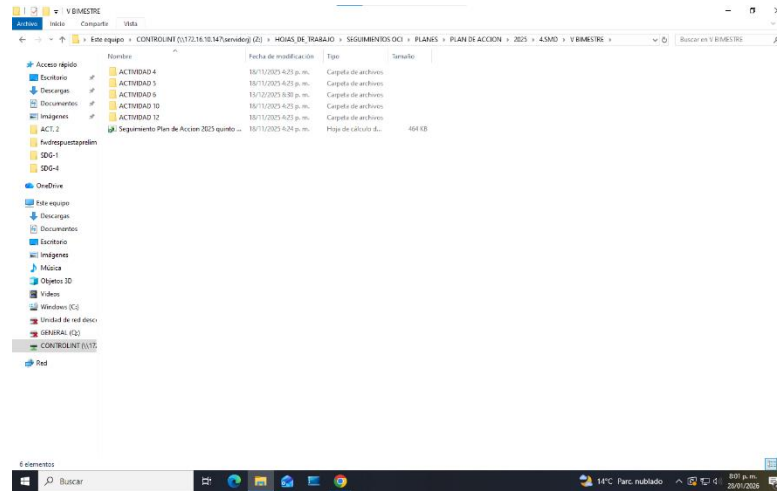
Actividad No. 11

Descripción actividad: *Brindar el suministro de ayuda humanitaria de emergencia (AHE) a los entes territoriales, para suplir las necesidades de la población afectada en el territorio a causa de fenómenos de origen natural.*

Para el segundo bimestre, se evidencia el suministro de ayuda humanitaria de emergencia en los departamentos de Sucre (3), Bolívar (2) y Santander (2), por un valor total de \$8.168.943.200. No obstante, al verificar la ejecución acumulada del tercer bimestre, se observa que la ejecución correspondiente al segundo bimestre no fue incorporada en el acumulado, generando variaciones en el presupuesto acumulado frente a las evidencias allegadas.

Adicionalmente, para el quinto bimestre no se aportaron evidencias, lo que impide corroborar la ejecución de dicho periodo.

Imagen 2. Falta de cargue de evidencias en la ruta oficial



Fuente: Imagen tomada del Servidor Institucional de la OCI

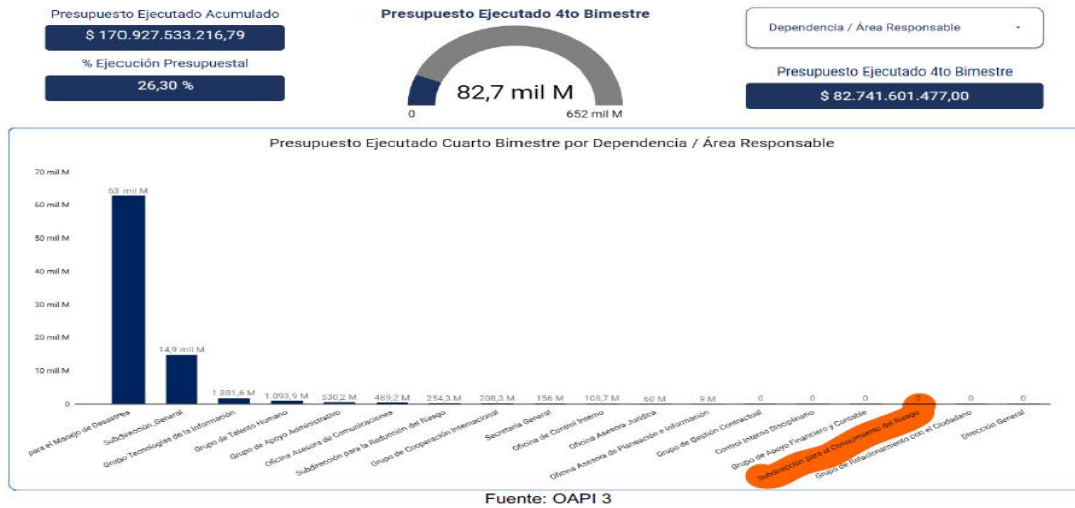
En cuanto al cuarto bimestre, de acuerdo con la información reportada, el valor acumulado asciende a \$54.137.136.586; sin embargo, conforme a las evidencias revisadas, el acumulado correcto debería corresponder a \$62.306.079.786, evidenciándose una diferencia significativa en el valor acumulado reportado.

En consecuencia, se identifican inconsistencias en el registro y consolidación de la ejecución presupuestal, las cuales afectan la trazabilidad y confiabilidad de la información financiera de la actividad.

• Subdirección para el Conocimiento del Riesgo

Se evidencia diferencia de ejecución presupuestal en el informe de la OAPI para el bimestre quinto, donde muestra ejecución de \$ (0) para el área de SCR, ver imagen 3:

Imagen 3.



Los datos de ejecución presupuestal son un componente informativo que puede variar de acuerdo

Fuente: Informe quinto bimestre 2025IE11830

Mientras que SCR en el informe de “20251118_REPORTE CPS-PA2025_signed.pdfVF” dicen textualmente que ejecutaron al corte de octubre 2025 \$ 865.746.750 en contratos de Prestación de servicios, ver imagen 4:

Imagen 4.

4. Ejecución presupuestal contratos prestación de servicios

De acuerdo con el seguimiento realizado al estado de los contratos de la **Subdirección para el Conocimiento del Riesgo (SCR)**, se cuenta con un total de **60 contratos**, que representan un valor acumulado de **\$5.029.990.300**

A corte de octubre de 2025, el valor ejecutado asciende a **\$865.746.750**, equivalente al **17% del total contratado**.

		INDICADOR	VALOR
		Total presupuesto para CPS	\$7.818.046.400
		Contratos Perfeccionados	60
		Valor Contratos perfeccionados	\$5.029.990.300
		Valor Ejecutado hasta Oct 2025	\$865.746.750
Valor por ejecutar		Contratos perfeccionados	\$4.164.243.550
		Presupuesto CPS	\$6.952.299.650
% ejecución		Contratos perfeccionados	17%
		Presupuesto CPS	11%
% por ejecutar		Contratos perfeccionados	83%
		Presupuesto CPS	89%

Fuente: 20251118_REPORTE CPS-PA2025_signed.pdfVF

La información analizada corresponde a la documentación aportada por el proceso y consolidada por la OAPI al momento del seguimiento.

- **Grupo de Tecnologías de la Información**

Actividad No.1.

Se alcanzó en el V bimestre, el 71% en el cumplimiento de la actividad y se ejecutó el 76% del presupuesto de \$7.407.740.592. Se lograron 5 productos de los 7 de la meta. Sin embargo, no se evidenció los motivos del cambio de meta del indicador de 5 a 7 productos.

tampoco, se documentó el ajuste o adición presupuestal de \$ 3.694.988.198,88 a \$ 7.407.740.592,00.

Actividad No.2.

El presupuesto de la vigencia 2025 fue de \$694.520.000 pero el contrato del servicio de nube, 9677-PPAL001-239-2025, fue por \$986.023.268,75. No se evidencia la adición al presupuesto apropiado para esta actividad. En la matriz se registra que se ejecutaron \$430.000.00, pero en el servidor no se evidencia en qué se realizaron, ni los conceptos de esta ejecución, que deberían estar relacionada con la actividad.

La OAPI informa que "Se requiere cambio en el plan de acción 2025", pero no adjuntan evidencias del cambio.

Al IV bimestre solo se logró el 28% de cumplimiento de la actividad y el 30,96% de ejecución presupuestal.

Actividad No.3.

El proceso inicia la actividad, define la meta del indicador, apropia el presupuesto, pero no continúa con la ejecución, no registran en el servidor ninguna evidencia.

Actividad No.4.

Se inició la estructuración de proceso de contratación en los primeros bimestres, pero no se registró apropiación presupuestal en la vigencia 2025, ni se cargaron evidencias en el servidor. En el IV bimestre se toma la decisión de no adelantar el contrato en esta vigencia.

En la matriz se registra que se requiere cambio en el plan de acción 2025, pero tampoco registran evidencias de ese evento.

Se evidenció el cargue equivocado de evidencias en diferentes bimestres, ejemplo, en la actividad GTI_4 cargaron evidencias que no corresponde a esta actividad; acta de inicio del contrato de servicio de canales dedicados a internet y servicios complementarios que corresponde a la actividad GTI_1.

Actividad No.7.

De acuerdo con los compromisos pendientes de bimestres anteriores, en el V bimestre se adelantaron actividades del Plan:

Se verificaron 4 evidencias (Activos de información, Plan de seguridad y privacidad de la información 2025 2025, Índice de Información Clasificada y Reservada 2025, Informe incidente IT 4 y 5 septiembre. Los cambios internos en la OPS, afectaron la ejecución de las actividades. Solo se cumplió el 50% de la actividad. Sin evidencias de la ejecución del presupuesto de la vigencia.

Actividad No.8.

El presupuesto de la vigencia fue de \$ 992.981.320, se realizó 1 adición para un total de \$2.837.580.020, pero se ejecutaron \$2.942.580.020. No se evidenció documentación

alguna que respalde tanto la adición como la ejecución, ni órdenes de compra que respalden el gasto.

Se registran en la matriz ejecuciones por \$200.000.000, sin soportes en el servidor.

Se cambió la meta del indicador de 3 informes a 2 en el V bimestre sin que se evidencie esa modificación.

Actividad No.11.

Se logra un avance, pero no la meta; terminar el proceso de contratación de servicios de computación en la nube. Al quinto bimestre no se evidenció la contratación de este servicio de nube pública. 0% de ejecución presupuestal y de cumplimiento.

Actividad No.12.

El presupuesto de la vigencia fue de \$809.508.000, el valor ejecutado en el 2do y 3er bimestre fue \$ 1.161.124.000, pero no se evidencia adición presupuestal al apropiado. Se registra en la matriz que se ejecutaron \$400.000.000 para un total de \$1.561.124.000,00, pero no se encontraron evidencias de OC, ni a qué conceptos corresponden. Solo se evidencia un CDP No. 7525 por \$64.553.268, para contratar servicios de actualización y soporte técnico del software KACTUS-HCM, pero no es claro, ni se evidencia de donde sale. Solo se alcanzó el 25% del cumplimiento de la actividad y la ejecución presupuestal alcanzó el 193%.

Actividades programadas sin evidencias de ejecución.

En las matrices bimensuales se evidenció que las actividades 5, 9, 10, 13 y 14, no registraron ejecución a pesar de que contaban con presupuesto en la vigencia.

- **Subdirección para la Reducción del Riesgo**

Actividad No.6.

Frente a esta actividad, el proceso reportó lo siguiente: “Valor del CDP para esta actividad: CDP compartido con la actividad 24 y actividad 6. Detalles adicionales del valor del CDP: \$2.500.000.000. Modalidad de contratación: Convenio – Telecafé”.

No obstante, en la revisión de las evidencias aportadas no se identificó el Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) referido, situación que impidió verificar y confirmar la ejecución presupuestal asociada a la actividad en mención.

8. Controles Establecidos

- Matriz Plan de Acción
- Procedimientos de Elaboración, Evaluación y Seguimiento al Plan de Acción

9. Riesgos Identificados

Con fundamento en el análisis del Informe Ejecutivo de Evaluación por Dependencias – Vigencia 2025, así como en las inconsistencias evidenciadas en la ejecución física y presupuestal del Plan de Acción, esta Oficina identifica los siguientes riesgos institucionales:

- **Riesgo de incumplimiento del Plan de Acción Institucional:** Se configura un riesgo alto de no alcanzar los objetivos estratégicos de la vigencia, derivado de la concentración de dependencias en niveles aceptable, insuficiente y crítico, así como de la existencia de una dependencia con 0% de cumplimiento al quinto bimestre. Este riesgo se ve incrementado por la ausencia del reporte correspondiente al sexto y último bimestre por parte de la OAPI, lo cual limita la verificación del cierre real del Plan de Acción.
- **Riesgo de baja confiabilidad de la información de gestión y financiera:** Se evidencian diferencias entre los valores reportados por la OAPI y los valores verificados mediante evidencias de pago, inconsistencias en acumulados bimestrales, duplicidad de registros y ejecución reportada sin soporte documental suficiente, lo cual afecta la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información utilizada para la toma de decisiones.
- **Riesgo de inadecuada gestión presupuestal:** Se identifican casos de ejecución superior al presupuesto apropiado sin evidencia de adiciones, registros de ejecución sin órdenes de compra o soportes contractuales, actividades con presupuesto asignado sin ejecución y CDP reportados que no cuentan con respaldo documental, configurando un riesgo de uso ineficiente de los recursos públicos y de posibles observaciones por parte de entes externos de control.
- **Riesgo de debilidad en la planeación operativa:** Se evidencian cambios de metas e indicadores sin documentación formal, actividades iniciadas sin continuidad, cancelaciones sin soporte del ajuste al Plan de Acción y modificaciones no formalizadas, lo cual refleja debilidades en la planeación, seguimiento y control de la gestión institucional.
- **Riesgo de pérdida de trazabilidad y soporte de evidencias:** Se identificó cargue incompleto o inexistente de evidencias, soportes ubicados en actividades que no corresponden, documentos consolidados sin desagregación por bimestre o actividad y ausencia de evidencias en actividades con ejecución reportada, situación que limita el aseguramiento del cumplimiento y la verificación por parte de Control Interno.
- **Riesgo reputacional y de observaciones por organismos de control:** Las inconsistencias detectadas en ejecución física, presupuestal y documental, sumadas al cumplimiento crítico de una dependencia, exponen a la entidad a

observaciones de los organismos de control y a afectación de la imagen institucional.

- Riesgo de ineficacia institucional: La dispersión del desempeño entre dependencias, la baja ejecución en áreas misionales y la ausencia de resultados en actividades estratégicas configuran un riesgo de ineficacia en la gestión pública, con impacto directo en el cumplimiento del mandato institucional.

10. Conclusiones

- Al cierre del quinto bimestre de 2025, el Grupo de Tecnologías de la Información (GTI) se ubicó en el rango de cumplimiento medio del Plan de Acción Institucional, evidenciando avances parciales frente a la meta anual programada. No obstante, se identifican brechas relevantes en la ejecución física y presupuestal, reflejadas en inconsistencias entre los porcentajes de avance reportados en la Matriz de Seguimiento del Plan de Acción 2025 y los informes bimestrales de la OAPI, así como en la ausencia de ejecución en varias actividades programadas durante la vigencia (actividades 5, 9, 10, 13 y 14). Adicionalmente, se observa que el desarrollo de las actividades asociadas a procesos contractuales se ha visto afectado por los tiempos de contratación, legalización y aprobación ante la Fiduprevisora, impactando el cumplimiento oportuno de los compromisos establecidos.
- Se evidencian debilidades en la gestión administrativa y documental del proceso, asociadas a la falta de soportes formales que respalden la ejecución de actividades y recursos, ajustes presupuestales sin evidencia de aprobación y registros presupuestales que no cuentan con trazabilidad suficiente. Esta situación limita el ejercicio de verificación por parte de la Oficina de Control Interno y afecta la confiabilidad, veracidad y calidad de la información reportada en los instrumentos de seguimiento del Plan de Acción 2025, los cuales constituyen insumo para los indicadores de gestión de los procesos de Gestión Gerencial y Planeación Estratégica.
- La verificación realizada a la Subdirección de Manejo de Desastres evidenció debilidades recurrentes en la consistencia, consolidación y trazabilidad de la información presupuestal, reflejadas en diferencias entre los valores reportados por la OAPI y los valores verificados con base en evidencias de pago. Estas situaciones se presentan de manera sistemática en varias actividades del Plan de Acción, incluyendo inconsistencias en la Actividad No. 5, con una diferencia significativa en el quinto bimestre equivalente aproximadamente al 45% del valor acumulado reportado; ausencia de evidencias en la Actividad No. 6 que impidieron la verificación bimestral y acumulada de la ejecución; duplicidad de registros y diferencias en la Actividad No. 10; y errores en la acumulación presupuestal y falta

de soportes en la Actividad No. 11, lo cual afecta de forma relevante la confiabilidad de la información financiera del proceso.

- En cuanto a la Subdirección para el Conocimiento del Riesgo: El seguimiento realizado evidencia un bajo nivel de avance efectivo en la muestra evaluada del Plan de Acción, con un promedio de cumplimiento del 52% y una ejecución presupuestal cercana al 1%, así como recurrencia de bimestres con avance cero y ausencia de evidencias que acrediten el logro de metas e indicadores, lo cual limita la verificación del desempeño del proceso.
- Se identifican ajustes reiterados a metas, indicadores y presupuesto sin soporte documental ni comunicación oportuna a la OCI, además de inconsistencias entre la información reportada por la SCR y la consolidada por la OAPI, situación que afecta la trazabilidad de la gestión y la confiabilidad de la información utilizada para el seguimiento institucional.
- En materia presupuestal, se observa el reporte de niveles altos de ejecución en el cuarto y quinto bimestre; no obstante, la falta de soportes que respalden la totalidad de los recursos asociados a algunos CDP, así como la inexistencia de información en el primer bimestre, afectan la confiabilidad del seguimiento financiero y evidencian la necesidad de fortalecer los mecanismos de control documental y trazabilidad de la ejecución.
- La Subdirección de Talento Humano registra un nivel crítico de cumplimiento (0%) al corte del quinto bimestre de 2025, sin evidencia de avance en las actividades programadas del Plan de Acción. Esta situación evidencia una ausencia total de ejecución frente a los compromisos de la vigencia, lo cual configura un riesgo alto para el logro de los objetivos institucionales y refleja debilidades relevantes en la planeación operativa, el seguimiento interno y la gestión del proceso, requiriendo atención prioritaria por parte del nivel directivo.
- La ejecución del Plan de Acción Institucional presenta un comportamiento heterogéneo entre dependencias, evidenciándose avances relevantes en algunos frentes y rezagos significativos en otros, lo cual limita una lectura integral del cierre de la vigencia.
- Se identifican brechas en el cumplimiento de metas y actividades, incluyendo una dependencia con nivel crítico de ejecución, situación que incrementa el riesgo de no logro de los objetivos institucionales

- La ausencia del seguimiento del sexto bimestre restringe la validación del resultado final de la vigencia y afecta la oportunidad del aseguramiento por parte de Control Interno.
- Se evidencian inconsistencias entre la ejecución presupuestal reportada y la verificada mediante evidencias, así como debilidades en la trazabilidad de la información financiera y documental, lo que impacta la confiabilidad de los datos utilizados para la toma de decisiones.
- Se observan debilidades en la planeación operativa y en el control de cambios del Plan de Acción (metas, actividades y recursos), al no encontrarse soportes formales de ajustes realizados durante la vigencia.

11. Recomendaciones

- Fortalecer el seguimiento directivo a las dependencias ubicadas en niveles insuficiente y crítico, requiriendo planes de acción correctivos con actividades concretas, responsables definidos y cronogramas verificables.
- Implementar controles mínimos de trazabilidad presupuestal, garantizando que toda ejecución reportada cuente con soportes idóneos (CDP, contratos, órdenes de compra y evidencias de pago) y que exista correspondencia entre lo reportado y lo efectivamente ejecutado.
- Formalizar cualquier ajuste al Plan de Acción (metas, indicadores, actividades y recursos) mediante soportes institucionales que acrediten su justificación, aprobación y comunicación, evitando modificaciones sin trazabilidad.
- Estandarizar lineamientos de cargue de evidencias por bimestre y actividad, asegurando que los soportes sean completos, claros y directamente asociados a cada meta, con el fin de facilitar el ejercicio de verificación por parte de Control Interno.
- Priorizar el acompañamiento a la Subdirección de Talento Humano, dada su ejecución crítica, requiriendo de manera inmediata un plan de recuperación del cumplimiento del Plan de Acción.
- Fortalecer los mecanismos de conciliación entre Planeación, áreas misionales y financiera, a fin de mejorar la calidad, consistencia y confiabilidad de la información utilizada para el seguimiento y la toma de decisiones.

- Implementar un esquema de alertas tempranas, que permita identificar oportunamente bimestres con avance cero, actividades sin evidencia y desviaciones presupuestales, facilitando la adopción de acciones correctivas antes del cierre de la vigencia.
- Promover que la Oficina Asesora de Planeación e Información (OAPI) comunique a toda la entidad el resultado final del seguimiento al Plan de Acción 2025, una vez consolidada la información correspondiente al sexto bimestre, y que, de manera conjunta con las áreas responsables, se revisen y ajusten los plazos y tiempos de entrega del seguimiento bimestral, con el fin de garantizar que la Oficina de Control Interno pueda cumplir oportunamente con los términos legales de evaluación, que las dependencias dispongan del tiempo necesario para el reporte de información, y que la OAPI cuente con espacios adecuados para la revisión, validación y consolidación de los resultados institucionales.
- Así mismo, se sugiere fortalecer el rol de la OAPI como segunda línea de defensa, promoviendo un seguimiento más preventivo al Plan de Acción Institucional, que contribuya a una formulación más ajustada de metas e indicadores (evitando su subestimación o sobreestimación), una planeación operativa más realista y un reporte oportuno y consistente por parte de los procesos.

12. Plan de Mejoramiento

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con su disposición para la socialización de este informe a los líderes de los procesos que fueron objeto de esta auditoría, evaluación o seguimiento para que dentro de sus facultades analicen las observaciones presentadas y las causas identificadas, estudien la viabilidad de adoptar las recomendaciones propuestas por la Oficina de Control Interno y presenten el correspondiente Plan de Mejoramiento con el fin de corregir las situaciones presentadas en este informe y prevenir posibles desviaciones y materialización de riesgos, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción del informe.

Dicho plan de mejoramiento debe ser informado por el Líder del proceso al jefe de la Oficina de Control Interno para programar su verificación en el mes siguiente de su reporte. Así mismo, que estas acciones de mejora sean incluidas en el SIPLAG.

13. Salvaguardas

Cabe resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, pueden ocurrir errores o irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoría, evaluación o seguimiento, previamente planeados.

La Unidad y las áreas que la componen, son responsables de establecer y mantener un adecuado sistema de control interno y de prevenir posibles irregularidades de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para las tres líneas de defensa.

Asimismo, es responsabilidad del área la información suministrada, por cualquier medio, para la realización de esta actividad de manera oportuna, completa, integra y actualizada y la de informar en su momento las posibles situaciones relevantes y/o errores que pudieran haber afectado el resultado final de la actividad.

Cordialmente,



YESID ALONSO SALAMANCA ZULUAGA
Jefe Oficina de Control Interno (E)

Elaborado por: Juan Gutiérrez – Contratista FNGRD
Andrés Quiroga – Contratista FNGRD
Dahiana Arango – Contratista FNGRD
Leandro Sánchez – Contratista FNGRD
Lina Rojas – Contratista FNGRD
Leidy Cartagena – Profesional Especializado
Adriana Botero – Contratista FNGRD

Revisado por: Yesid Alonso Salamanca Zuluaga – Jefe Oficina de Control Interno (E)
UNGRD