

**RECTORÍA  
OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS  
GESTIÓN DE SERVICIOS  
VIGENCIA 2025**

**Presentación**

La Oficina de Control Interno – OCI, en cumplimiento del Plan de Trabajo 2025 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en cumplimiento del rol de seguimiento conferido por la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004, con observancia de los lineamientos establecidos en la Circular Externa No. 100-010-2025 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades nacionales y territoriales, determina “Socializar los resultados de la evaluación de la gestión institucional en los comités directivos, o de gerencia, consejos de gobierno u otra instancia similar con que cuente la entidad, para dar a conocer los aspectos que se muestren como críticos por retrasos, posibles incumplimientos u otros factores que se analicen, con el propósito de definir acciones concretas para subsanar los temas evidenciados...Y entregar el informe de evaluación de la gestión institucional al representante legal, directores, jefes de oficina, coordinadores, u otros empleos con personal a cargo para que sirva como parámetro objetivo en la evaluación del desempeño y de los acuerdos de gestión.”.

Lo anterior, acorde con lo reglamentado en el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.4.7. “Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces. (...) PARÁGRAFO 1º. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal al representante legal de la entidad y al comité de coordinación de control interno y/o comité de auditoría y/o junta directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando éste lo requiera (...); al igual que el contenido el artículo 2.2.21.5.3 “De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control (...)”.

La OCI realizó la verificación de las evidencias suministradas por la dependencia y evaluó el avance de la implementación de las acciones de:

- 1. Plan de Mejoramiento:** Se efectuó seguimiento a la eficacia de las acciones, contrastando las evidencias que soportan su cierre y/o reformulación. En este proceso se verificó el soporte documental presentado por la dependencia y la información publicada en el sistema ISOLUCIÓN. La Oficina de Control Interno dejó registrado el resultado de este seguimiento en dicho aplicativo.

El proceso de Gestión de Servicios no tiene metas asignadas en el marco del Plan de Desarrollo Institucional.

## 1. Seguimiento a Planes de Mejoramiento

A continuación, se presentan los resultados del seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas:

**Tabla 1. Seguimiento a Planes de Mejoramiento**

HALLAZGO	# ISOLUCION	ESTADO	OBSERVACIÓN
NC01- GCT -2025 y OM01- GSS-2025	189	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC01-GSS-2025	190	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC02-GSS-2025	191	Abierto	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC04-GSS-2025	193	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC05-GSS-2025	194	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
NC12-GSS-2025	204	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
No conformidad	124	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
AM-02-SSG-2023	21	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
GSS_NC01_2024	70	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
GSS_OM03_2024	72	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
GSS_NCO3_2024	72	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.
AM-08-SSG-2022	25	Cerrado	La OCI registro el seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.

Fuente: ISOLUCION, 2025

**NC01-GCT-2025 y OM01-GSS-2025:** La Oficina de Control Interno verificó el cumplimiento de las actividades definidas en el plan de mejoramiento, correspondientes a la actualización de la ficha de caracterización del proceso de Gestión de Servicios y a la actualización del procedimiento de programación y ejecución de las actividades de aseo y cafetería.

Conforme a los registros aportados por la dependencia y a la información registrada en el ISOLUCIÓN, se evidenció que la ficha de caracterización fue actualizada el 11 de noviembre de 2025 y el procedimiento el 7 de noviembre de 2025; en consecuencia, se procede al cierre del plan de mejoramiento.

**NC01-GSS-2025:** La Oficina de Control Interno verificó el cumplimiento de las actividades definidas en el plan de mejoramiento, orientadas a fortalecer el seguimiento de las obligaciones contractuales. Dichas actividades consistieron en el diseño e implementación de una herramienta de control contractual, la capacitación a apoyos técnicos y supervisores en su uso, la solicitud de aclaraciones sobre el diligenciamiento del formato de informe de supervisión de contratos a personas jurídicas y la solicitud de remisión de la carpeta final de los contratos por parte del Grupo de Contratación.

De acuerdo con la evidencia aportada, se constató la implementación de una herramienta de control mediante una base de datos que permite el registro de información relevante de los contratos, el control de la ejecución presupuestal y el seguimiento mensual a las obligaciones contractuales, cumpliendo con el propósito definido en el plan. Si bien la herramienta no se encuentra codificada en el Sistema de Gestión Integral, se recomienda su codificación en dicho sistema; no obstante, se valida como conforme frente a la actividad planteada.

Así mismo, se evidenció el registro de asistencia a la socialización del lineamiento de control contractual dirigida a los apoyos técnicos y supervisores, la respuesta a la solicitud de aclaración sobre el diligenciamiento del formato de informe de supervisión y la solicitud de remisión de las carpetas finales de los expedientes contractuales para su verificación.

De esta manera, al evidenciarse el cumplimiento de las actividades establecidas, la Oficina de Control Interno determina el cierre del plan de mejoramiento.

**NC02-GSS-2025:** De acuerdo con las actividades definidas en el Plan de Mejoramiento, se estableció el diseño e implementación de una herramienta para el seguimiento de las obligaciones contractuales, actividad que fue verificada y validada como cumplida. Así mismo, se contempló la solicitud al Grupo de Contratación de una jornada de capacitación dirigida a supervisores y apoyos técnicos, orientada a la aclaración de las justificaciones, criterios técnicos, financieros y de necesidad.

Frente a esta última actividad, la unidad de medida del indicador de cumplimiento corresponde al oficio de solicitud y a los listados de asistencia. Al verificar la información registrada en el ISOLUCIÓN, se evidencia el memorando de solicitud remitido el quince (15) de octubre; no obstante, no se cuenta con listados de asistencia que permitan soportar el cumplimiento y la eficacia de la acción.

En consecuencia, se concluye que el plan de mejoramiento debe ser reformulado y, por tanto, permanece abierto.

**NC04-GSS-2025:** La actividad del Plan de Mejoramiento consistente en programar y desarrollar la sesión del Comité cuenta como evidencia el resumen de la

convocatoria del Primer Comité de Seguridad Vial – vigencia 2025, realizado el catorce (14) de noviembre de 2025, así como el apoyo visual utilizado para el desarrollo de la sesión. En virtud de lo anterior, se evidencia el cumplimiento de la actividad establecida, por lo cual se procede al cierre del Plan de Mejoramiento.

**NC05-GSS-2025:** De acuerdo con el Plan de Mejoramiento, se estableció la ejecución de la campaña de socialización institucional del Programa Estratégico de Seguridad Vial (PESV). Al verificar la evidencia aportada, se constató que la campaña fue ejecutada durante el último cuatrimestre de la vigencia, y se cuenta con registros que soportan los temas abordados en el marco de dicha socialización.

En consecuencia, se evidencia conformidad frente a la actividad planteada, por lo cual se procede al cierre del Plan de Mejoramiento.

**NC12-GSS-2025:** De acuerdo con el Plan de Mejoramiento, se verificó el cumplimiento de las actividades orientadas a la gestión y depuración de trámites pendientes en el sistema CORDIS, en articulación con el Grupo de Trabajo de Gestión Documental.

Como evidencia, se constató la realización de reuniones y capacitaciones, el inventario de trámites documentales pendientes mediante matrices de control con información cuantitativa y estadística, así como el seguimiento a registros con inconsistencias, algunos serán elevados al Comité de Archivo de Gestión Documental para su trámite. En consecuencia, al evidenciarse el cumplimiento de las actividades definidas, la Oficina de Control Interno determina el cierre del Plan de Mejoramiento.

**124.** De la revisión de la información registrada en el ISOLUCIÓN y de las evidencias aportadas, se constató la actualización, aprobación y/o eliminación de los procedimientos definidos en el Plan de Mejoramiento, conforme a las actividades, establecidas. En virtud de lo anterior, y al evidenciarse la ejecución eficaz de las acciones previstas, con un avance del 100 %, se concluye que el Plan de Mejoramiento cumple con su objetivo y puede darse por cerrado.

**AM-02-SSG-2023:** Se estableció como actividad la presentación de reportes de control interno sobre el avance de los hallazgos abiertos derivados de auditorías anteriores, así como la remisión de evidencias para su cierre ante la Oficina de Control Interno.

Al verificar la evidencia disponible, se constató la existencia de dos (2) registros: un reporte que consolida la relación de hallazgos y las gestiones adelantadas por la Dirección de Servicios Generales, y un segundo reporte que incluye el envío de evidencias para cierre, acompañado de un registro detallado de los hallazgos y una base de datos de seguimiento. En consecuencia, al evidenciarse el cumplimiento

de la actividad establecida y la trazabilidad del seguimiento a los hallazgos, se concluye que el Plan de Mejoramiento puede darse por cerrado.

**GSS\_NC01\_2024 – GSS\_OM03\_2024:** Los planes de mejoramiento contemplaron la ejecución de dos actividades: la aplicación de una encuesta de diagnóstico para evaluar el nivel de conocimiento en los procesos administrativos de inventarios y bienes, y la formulación de un plan de capacitación con base en los resultados obtenidos.

De la verificación realizada, se evidenció la solicitud formal para la inclusión de la temática de gestión de inventarios y bienes dentro del plan anual de capacitación, así como el desarrollo de espacios de capacitación dirigidos a funcionarios, el establecimiento de un cronograma de formación y el registro de la aplicación de la encuesta de diagnóstico. Estos soportes permiten constatar la ejecución de las actividades previstas y la conformidad. En consecuencia, al evidenciarse el cumplimiento de las acciones definidas, se concluye que los Planes de Mejoramiento pueden darse por cerrados.

**GSS\_NCO3\_2024:** El Plan de Mejoramiento contempló la ejecución de dos actividades: la aplicación de una encuesta de diagnóstico para evaluar el nivel de conocimiento en los procesos administrativos de inventarios y bienes, y la formulación de un plan de capacitación con base en los resultados obtenidos. De la verificación realizada, se evidenció la solicitud formal para la inclusión de la temática de gestión de inventarios y bienes dentro del plan anual de capacitación, así como el desarrollo de espacios de capacitación dirigidos a funcionarios, el establecimiento de un cronograma de formación y el registro de la aplicación de la encuesta de diagnóstico. Estos soportes permiten constatar la ejecución de las actividades previstas y la conformidad frente al objetivo del plan. En consecuencia, al evidenciarse el cumplimiento de las acciones definidas, se concluye que el Plan de Mejoramiento puede darse por cerrado.

**AM-08-SSG-2022:** De acuerdo con la información reportada en el aplicativo ISOLUCIÓN, se evidencia que las actividades del Plan de Mejoramiento se ejecutaron a conformidad. Como parte del proceso, se aprobó la modificación de la encuesta de transporte, la cual fue divulgada mediante piezas comunicativas e invitaciones a su diligenciamiento. Asimismo, se realizaron socializaciones, se cuenta con listados de asistencia y se reportaron los resultados correspondientes. Con base en estas evidencias, la Oficina de Control Interno procede a cerrar el Plan de Mejoramiento.

## 2. Conclusiones y Recomendaciones

De acuerdo con los resultados se concluye lo siguiente:

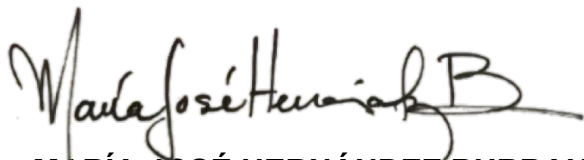
**Tabla nro. 3 Resumen de hallazgos**

Tipo	Total	Cerrados	Abiertos
Aspectos por mejorar	2	2	0
No conformidad	9	8	1
Oportunidad de mejora	1	1	0
<b>TOTAL</b>	12	11	1

Fuente: Elaboración propia

La Oficina de Control Interno cerró el 98% de los planes de mejoramiento con cumplimiento de las acciones a corte del año 2025. La dependencia cuenta con un adecuado control y seguimiento en el sistema ISOLUCIÓN.

Cordialmente,



**MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ BURBANO**  
Jefe Oficina de Control Interno