Departamento
Nacional de Planeación

INFORME CONSOLIDADO DEL DESEMPEÑO DEL ESTADO DE LAS APCM REGISTRADAS EN EL BALANCE DE ACCIONES DE MEJORA A CORTE 30 DE NOVIEMBRE DE 2025

Elaboró: Elsa Verónica Cuervo Garzón
Martha Ruby Cuéllar Calderón
Marcela Urrea Jaramillo

Revisó: Dr. Ricardo Bogotá Camargo
Jefe Oficina de Control Interno

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO 3

1.1 Estado del Balance de Acciones de Mejora – APCM.....3

1.2 Verificación de la Eficacia por parte de la Oficina Asesora de Planeación.....3

1.3 Distribución por dependencia de los Planes en ejecución 5

1.1 Modificaciones.....8

2. AUDITORÍA INTERNA DE REVISIÓN DE LA EFECTIVIDAD – AIRE- 2025.....8

2.1 Distribución de los planes de mejoramiento de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Sistema Integrado de Gestión. 10

4. CONCLUSIONES RELACIONADAS CON EL DESEMPEÑO DEL BALANCE DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA CON CORTE A 30/11/2025.....17

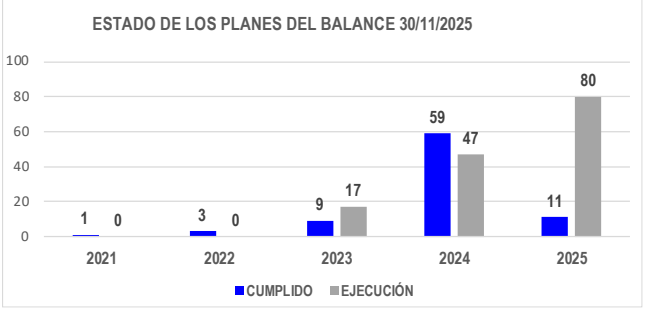
6. RECOMENDACIONES 18

1. OBJETIVO

Determinar el nivel de avance y ejecución de las acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora (APCM) registradas en la Matriz del balance del DNP, durante el periodo comprendido entre octubre y noviembre de 2025.

1.1 Estado del Balance de Acciones de Mejora – APCM

Con corte al 30/11/2025 el balance de Acciones preventivas, correctivas y de mejora presenta el siguiente estado:



	PLANES		
VIGENCIA	CUMPLIDO	EJECUCIÓN	REGISTRADAS
2021	1	0	1
2022	3	0	3
2023	14	11	25
2024	78	26	104
2025	39	89	128
TOTAL	135	126	261

Gráfica # 1 – Tabla # 1, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

El Balance está integrado por 261 planes de mejoramiento y 920 acciones; a la fecha del informe están cumplidos 135 planes 52% y en ejecución 126 el 48%; así mismo, del total de los planes (261), 4 el 2% corresponden a las vigencias 2021 y 2022; 25 el 9% a la vigencia 2023, 104 el 40% a la vigencia 2024 y 128 el 49% a la vigencia 2025.

Resultado de las Auditorías Internas de Revisión de la Efectividad – AIRE – ejecutadas por la Oficina de Control Interno durante la vigencia 2025, se presenta disminución del número de planes de mejoramiento de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, toda vez que en febrero de 2025 se tenía un total de 213 APCM de esas vigencias y a la fecha se tienen 133, lo que representa una disminución del 37%, como se presenta a continuación:

VIGENCIA	FEBRERO 2025	NOVIEMBRE 2025
2021	3	1
2022	3	3
2023	73	25
2024	134	104
TOTAL	213	133

Tabla # 2, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

1.2 Verificación de la Eficacia por parte de la Oficina Asesora de Planeación

De conformidad con el procedimiento PT-ED-05 “Formulación y Seguimiento de Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora”, versión 12, la Oficina Asesora de Planeación (OAP) es la dependencia responsable de realizar la verificación de la eficacia de aquellas acciones cuyo porcentaje de avance haya alcanzado el 100%.

Con corte a noviembre de 2025, las dependencias reportaron un total de 649 acciones con avance del 100%. Del total de acciones cumplidas, 2 (0,3%) corresponden a la vigencia 2021, 8 (1,2%) a 2022, 61 (9%) a 2023, 351 (54%) a 2024 y 227 (35%) a 2025, evidenciándose una mayor concentración de acciones cumplidas en las vigencias 2024 y 2025, las cuales representan conjuntamente el 89% del total.

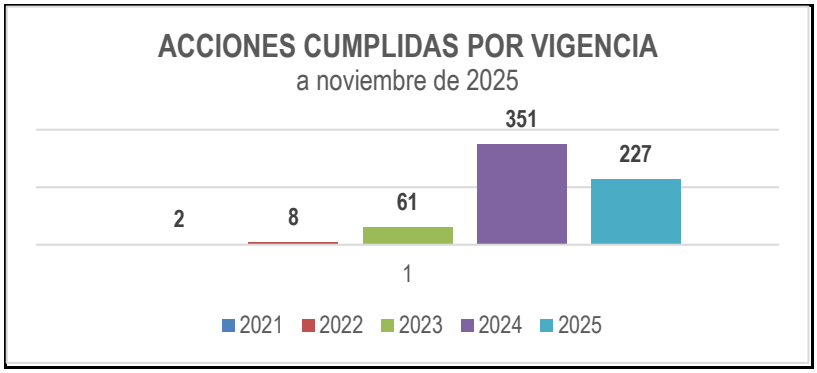


Gráfico # 2, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

De acuerdo con el reporte remitido por la OAP, del universo de 649 acciones con avance del 100%:

- 436 acciones (67%) fueron calificadas como eficaces, al verificarse que los soportes se encontraban completos, adecuados y debidamente ubicados en las rutas establecidas en el disco institucional "O".
- 95 acciones (15%) fueron catalogadas como no eficaces, debido a la inexistencia de soportes, insuficiencia de estos o a que estos no se encontraban disponibles en las rutas definidas.
- 118 acciones (18%) se encuentran en etapa de verificación de eficacia por parte de la OAP

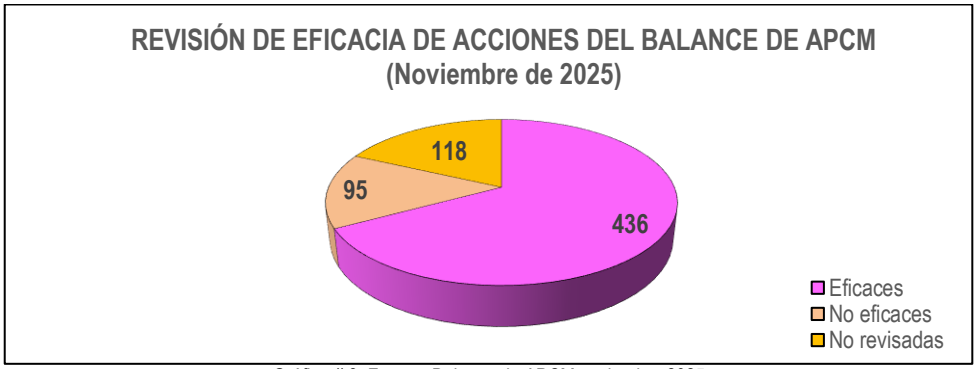


Gráfico # 3, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

A continuación, se presenta el detalle de las acciones con eficacia no satisfactoria:

VIGENCIA 2022	VIGENCIA 2023	VIGENCIA 2024									VIGENCIA 2025		
22-003C	23-024C	24-007A	24-007J	24-026G	24-065C	24-080C	24-113C	24-129A	24-130E	24-130N	25-005B	25-016A	25-045D
	23-106B	24-007B	24-008A	24-026I	24-069A	24-080G	24-117A	24-129B	24-130F	24-130O	25-006A	25-017A	25-047C
	23-106C	24-007C	24-008B	24-026L	24-073B	24-082A	24-117D	24-129D	24-130G	24-133A	25-007C	25-022C	25-047D
	23-106D	24-007D	24-008C	24-059A	24-073G	24-086B	24-120A	24-129F	24-130H	24-133B	25-008A	25-023B	25-076A
		24-007E	24-026A	24-059B	24-074A	24-087A	24-120B	24-130A	24-130I	24-135C	25-009F	25-023D	25-076B
		24-007F	24-026B	24-059C	24-079A	24-087B	24-120C	24-130B	24-130J		25-012C	25-025B	
		24-007G	24-026C	24-059D	24-079B	24-105C	24-120E	24-130C	24-130L		25-013B	25-035A	
		24-007I	24-026D	24-059E	24-080A	24-112A	24-123A	24-130D	24-130M		25-013D	25-035B	

Tabla # 4, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

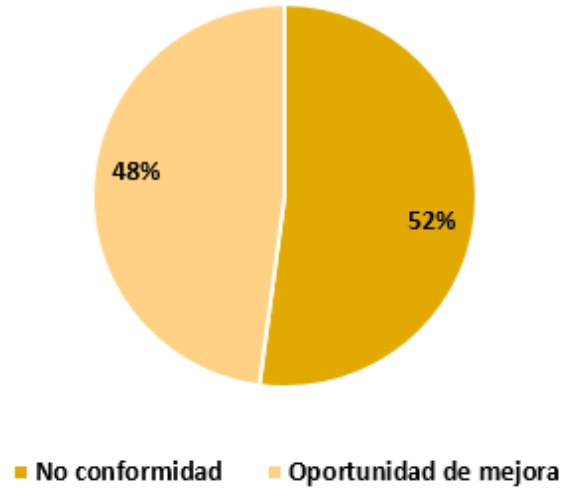
Lo anterior evidencia que la mayor concentración de acciones con eficacia no satisfactoria se presenta en la vigencia 2024, situación que podría estar asociada a debilidades en la gestión documental, en la calidad de los soportes aportados o en el cumplimiento integral de los criterios establecidos para la verificación de la eficacia, aspectos que requieren ser analizados de manera específica por las dependencias responsables.

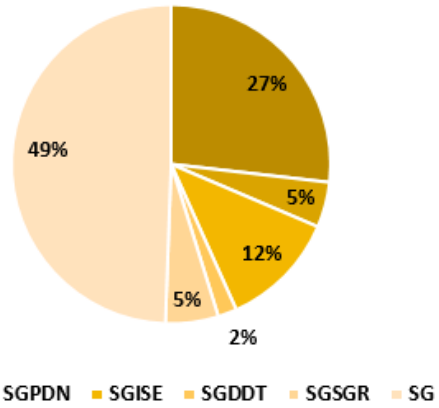
Finalmente, es importante resaltar que la OAP remite de manera mensual el reporte de verificación de la eficacia de las APCM, el cual constituye un insumo clave tanto para la elaboración del presente informe como para la planeación de las Auditorías Internas de Revisión de la Efectividad (AIRE).

1.3 Distribución por dependencia de los Planes en ejecución

A continuación, se presentan las APCM formuladas por dependencia y tipo de situación identificada:

De los 261 planes de mejoramiento el 52% corresponden a No conformidades (136) y el 48% a Oportunidades de mejora (125).

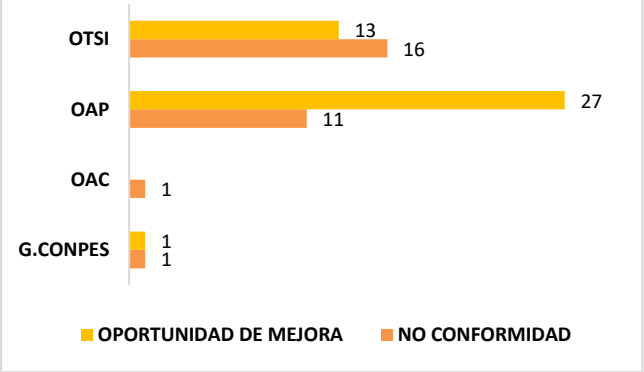




El 49% (129) de los planes de mejoramiento fueron formulados por las dependencias que conforman la Secretaría General, mientras que las dependencias que hacen parte de la Dirección General formularon el 27% (70); el 12% de las APCM (31) se formularon por la SGISE, mientras que el 5% (14) fueron formuladas por SGSGR, el 5% (12) las formuló la SGPDN y el 2% (5) restante lo formuló la SGDDT.

Gráfico # 4, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

DIRECCIÓN GENERAL

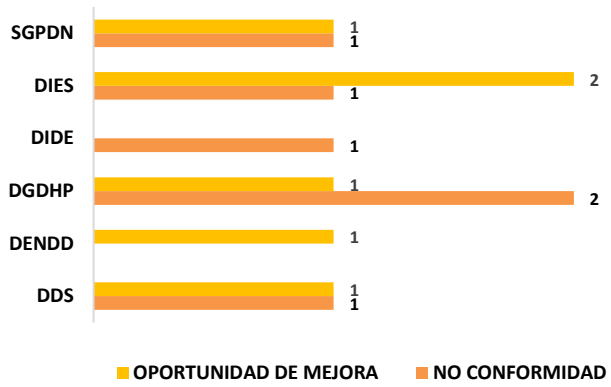


DEPENDENCIA	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
G.CONPES	1	1
OAC	1	
OAP	11	27
OTSI	16	13
Total general	29	41

Gráfica # 5 – Tabla # 5, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Las dependencias que hacen parte de la Dirección General formularon 70 planes correspondientes a 29 No Conformidades y 41 Oportunidades de mejora, es decir, el 27%; a 30/11/2025, las APCM se han desarrollado de acuerdo con lo planificado por las dependencias.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROSPECTIVA Y DESARROLLO NACIONAL

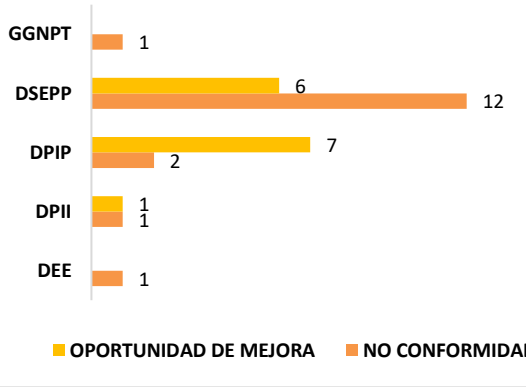


DEPENDENCIA	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
DDS	1	1
DENDD		1
DGDHP	2	1
DIDE	1	
DIES	1	2
SGPDN	1	1
Total general	6	6

Gráfica # 6 – Tabla # 6, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Las dependencias que hacen parte de la Subdirección General de Prospectiva Desarrollo Nacional formularon 12 planes correspondientes a 6 No Conformidades y 6 Oportunidad de Mejora, es decir el 5%. Para 30/11/2025 las APCM se han desarrollado de acuerdo con lo planificado por las dependencias.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INVERSIONES, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

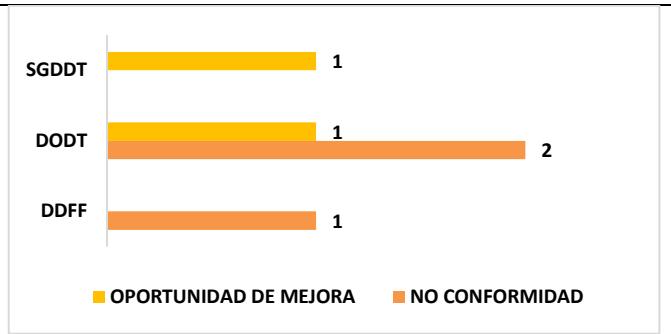


DEPENDENCIA	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
DEE	1	
DPII	1	1
DPIP	2	7
DSEPP	12	6
GGNPT	1	
Total general	17	14

Gráfica # 7– Tabla # 7, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Las dependencias que hacen parte de la Subdirección General de Inversiones, Seguimiento y Evaluación formularon 31 planes correspondientes a 17 No Conformidades y 14 Oportunidades de Mejora, es decir el 12%. Para 30/11/2025, las APCM se han desarrollado de acuerdo con lo planificado por las dependencias, a excepción de la DSEPP donde la APCM código: 25-070 (A) con el objetivo de "Estandarizar y cualificar la retroalimentación que se hace a las entidades en el momento de revisar los reportes de avance cualitativo y cuantitativo de los indicadores de seguimiento al PND", no finalizó de acuerdo a lo planificado.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE DESCENTRALIZACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL

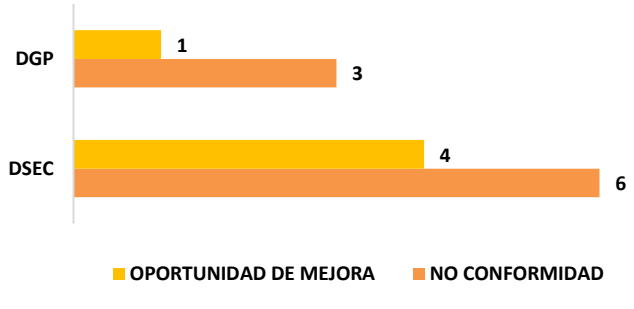


DEPENDENCIA	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
DDFF	1	
DODT	2	1
SGDDT		1
Total general	3	2

Gráfica # 8 – Tabla # 8, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Las dependencias que hacen parte de la Subdirección General de Descentralización y Desarrollo Territorial formularon 5 planes correspondientes a 3 no conformidades y 2 oportunidades de mejora, es decir el 2%. Para 30/11/2025, las APCM se han desarrollado de acuerdo con lo planificado por las dependencias.

SUBDIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS

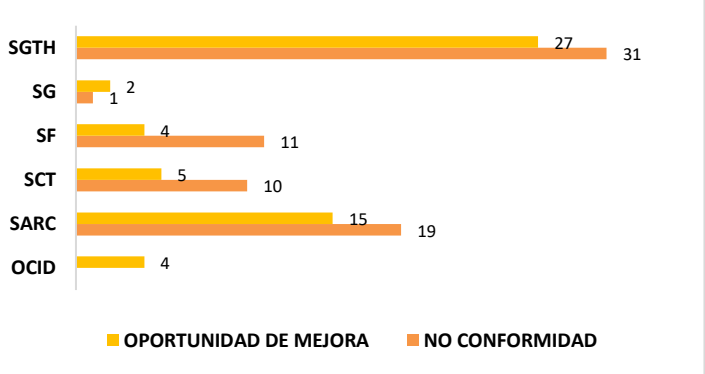


DEPENDENCIA	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
DSEC	6	4
DGP	3	1
Total general	9	5

Gráfica #9 – Tabla # 9, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Las dependencias que hacen parte de la Subdirección General del Sistema General de Regalías formularon 14 planes correspondientes a 9 no conformidades y 5 oportunidades de mejora, es decir el 5%. Para 30/11/2025, las APCM se han desarrollado de acuerdo con lo planificado por las dependencias.

SECRETARÍA GENERAL



DEPENDENCIA	NO CONFORMIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA
OCID		4
SARC	19	15
SCT	10	5
SF	11	4
SG	1	2
SGTH	31	27
Total general	72	57

Gráfica # 10 – Tabla # 10, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Las dependencias que hacen parte de la Secretaría General formularon 129 APCM, de los cuales 72 son no conformidades y 57 son oportunidades de mejora, es decir el 49% del total de las APCM vigentes en el balance. Para 30/11/2025, las APCM se han desarrollado de acuerdo con lo planificado por las dependencias; sin embargo, se evidenció que las APCM 25-100 (A) y 23-063(A) lideradas por la SARC, 23-087 (A) que gestiona la SGTH y la APCM 23-106 (F) a cargo de la SCT, presentan estado "Vencido".

1.1 Modificaciones

La OCI ha atendido 243 solicitudes presentadas por las dependencias, relacionadas con modificaciones (82), reformulaciones (29), eliminaciones (4); igualmente, fueron asignados (128) nuevos códigos de APCM, como se detalla a continuación:

MES	Modificación	Reformulación	Eliminación	Nuevos planes
Enero	0	0	0	0
febrero	7	1	0	18
marzo	7	1	1	10
abril	5	0	0	6
mayo	5	3	1	3
Junio	19	2	2	14
Julio	21	1	0	27
agosto	2	3	0	6
septiembre	4	0	0	7
octubre	6	5	0	23
noviembre	6	13	0	13
diciembre				1
TOTAL	**82**	**29**	**4**	**128**

Tabla # 11, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Los meses con mayor cantidad de requerimientos fueron febrero, julio, octubre y noviembre, mientras que enero fue el mes que registró menos solicitudes

2. AUDITORÍA INTERNA DE REVISIÓN DE LA EFECTIVIDAD – AIRE- 2025

La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa y de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG – 7° Dimensión: componente – "Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad", programó en el Plan Anual de Auditorías formulado para la vigencia 2025, la ejecución de 80 Auditorías Internas de Revisión de la Efectividad – AIRE – para realizarse a los planes de mejoramiento cuyas acciones cumplieran con los siguientes criterios: cumplimiento de las acciones al 100% en la fecha de terminación establecida y cumplimiento del periodo de maduración, el cual fue establecido por la Entidad entre 3 y 6 meses, luego de la fecha de terminación.

En lo corrido de la vigencia 2025, en el marco del mejoramiento continuo y el fortalecimiento del Balance, la OCI estableció como estrategia continuar depurando el balance, encaminando los esfuerzos a efectuar Auditorías Internas de Revisión de la Efectividad – AIRE - de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024 con el objeto de fortalecer el seguimiento oportuno y propender por tener en el balance planes de mejoramiento correspondiente a las dos (2) últimas vigencias, es decir que con corte al 30/11/2025 se han ejecutado 87 AIRES, así:

VIGENCIA	EJECUTADAS	RESULTADO		GESTION ADELANTADA PARA LAS APCM ABIERTAS
		ABIERTA	CERRADA	
2021	**1**	**1** (SF)		La 21-021 fue reformulada
2023	**54**	**7** (SCT, SARC, OAP, SGTH)	**47 (**OAP, SF, PFET, SFFT, DODT, DGDHP, SARC, SGTH, OAC, DDFF, SCT, DSEC, DPIP, OTSI)	Abiertas: 23-062, 23-051 – en proceso de reformulación 23-095, fue unificada con la APCM 25-114 por tener objeto similar 23-105, 23-107, 23-050, 23-037 - fueron reformuladas Cerradas: 23-036, 23-038, 23-039, 23-040, 23-047, 23-049, 23-053, 23-056, 23-057, 23-061, 23-066, 23-068, 23-069, 23-070, 23-071, 23-072, 23-073, 23-074, 23-076, 23-080, 23-084, 23-086, 23-089, 23-091, 23-092, 23-096, 23-100, 23-102, 23-103, 23-108 - fueron retiradas del balance
2024	**32**	**6 (DSEPP, SG, CONPES, DDS)**	**26 (SGTH, OAC, SF, DSEPP, DGPSGR, OCI, OAJ, DADS, DG, SARC)**	Abiertas: 24-005 y 24-101 – en proceso de reformulación 24-027, 24-058, 24-056, 24-106 – fueron reformuladas Cerradas: 24-002, 24-012, 24-015, 24-018, 24-019, 24-020, 24-022, 24-023, 24-029, 24-038, 24-040, 24-041, 24-043, 24-044, 24-045, 24-048, 24-050, 24-051, 24-052, 24-053, 24-057, 24-062, 24-067, 24-068, 24-092, 24-093 - cerradas fueron retiradas del balance
TOTAL	**87**	**14**	**73**	

Tabla # 12, Fuente: AIRES noviembre de 2025

De acuerdo con lo anterior, de las 87 AIRES ejecutadas, 73 el 84% quedaron cerradas y 14 el 16% quedaron abiertas, para las cuales se recomendó reformular. A la fecha de presentación de este informe las APCM fueron reformuladas.

Las APCM cerradas fueron retiradas del balance; sin embargo, a la fecha de corte 30/11/2025 se presenta un incremento en el número de planes de mejoramiento y acciones registradas en el balance, así:

Comparativo planes y acciones (febrero – noviembre 2025)

FEBRERO 2025		
VIGENCIA	**PLANES**	**ACCIONES**
2021	3	9
2022	3	8
2023	76	208
2024	134	482
2025	20	66
TOTAL	**236**	**773**

NOVIEMBRE 2025		
VIGENCIA	**PLANES**	**ACCIONES**
2021	1	2
2022	3	4
2023	25	80
2024	104	404
2025	128	426
TOTAL	**261**	**902**

Tabla # 13, Fuente: Balance de APCM noviembre 2025

Según el resultado del balance al 30/11/2025, de las vigencias 2021 y 2022 se observó una disminución del 33% de los planes de mejoramiento al pasar de 6 a 4 APCM, las cuales están en ejecución. Las 14 APCM que quedaron abiertas como resultado de las AIRES, 9 fueron reformuladas, 1 fue unificada por tener objeto similar y 4 están en proceso de reformulación. Las dependencias que quedaron con APCM abiertas fueron:

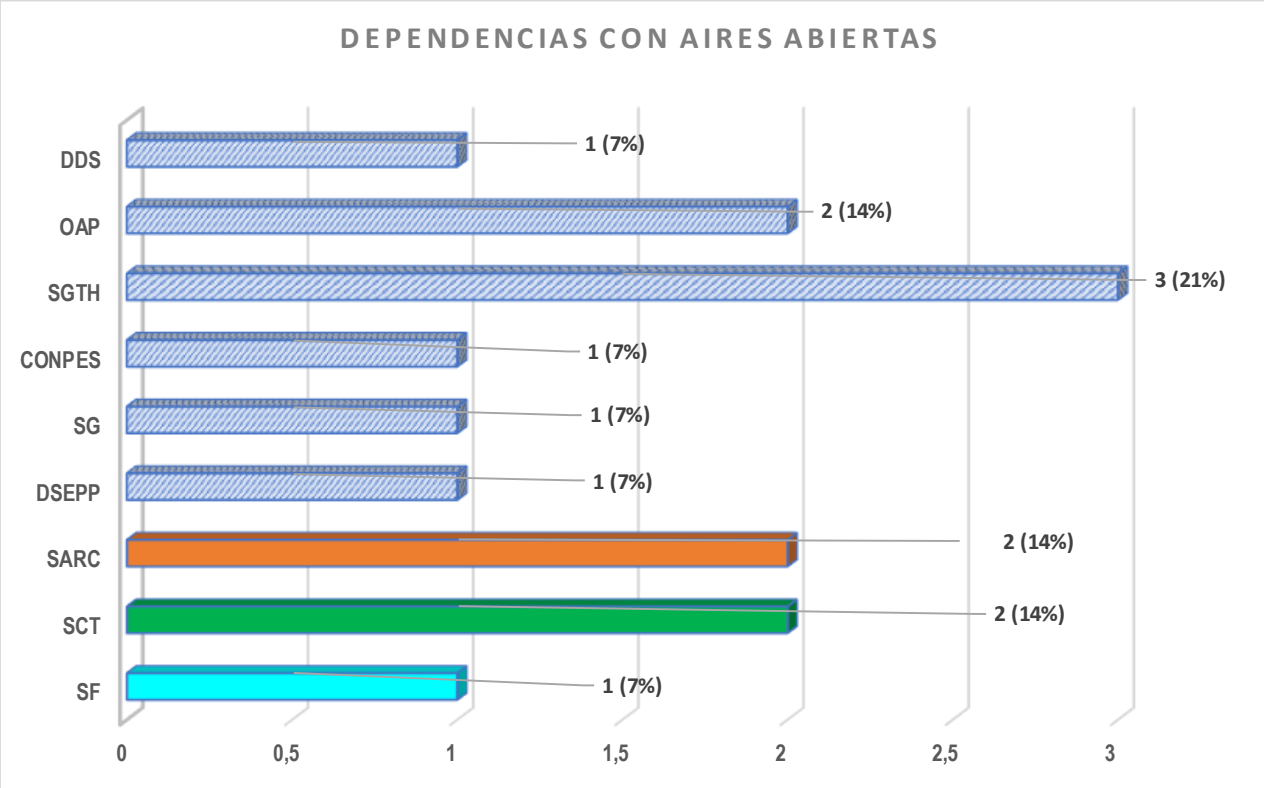


Gráfico # 11: Fuente: Auditoría Interna Revisión Efectividad noviembre 2025

2.1 Distribución de los planes de mejoramiento de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Sistema Integrado de Gestión.

Con el propósito de fortalecer el Sistema de Control Interno en el marco de la mejora continua, la Oficina de Control Interno (OCI) realizó el seguimiento y la evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). En este proceso, se analizaron los 261 planes de mejoramiento registrados en el balance de APCM, identificando debilidades que afectan las distintas dimensiones del MIPG, sus políticas y los sistemas de gestión que componen el Sistema Integrado de Gestión (SIG).

A continuación, se presenta la distribución de APCM por cada una de las dimensiones de MIPG:

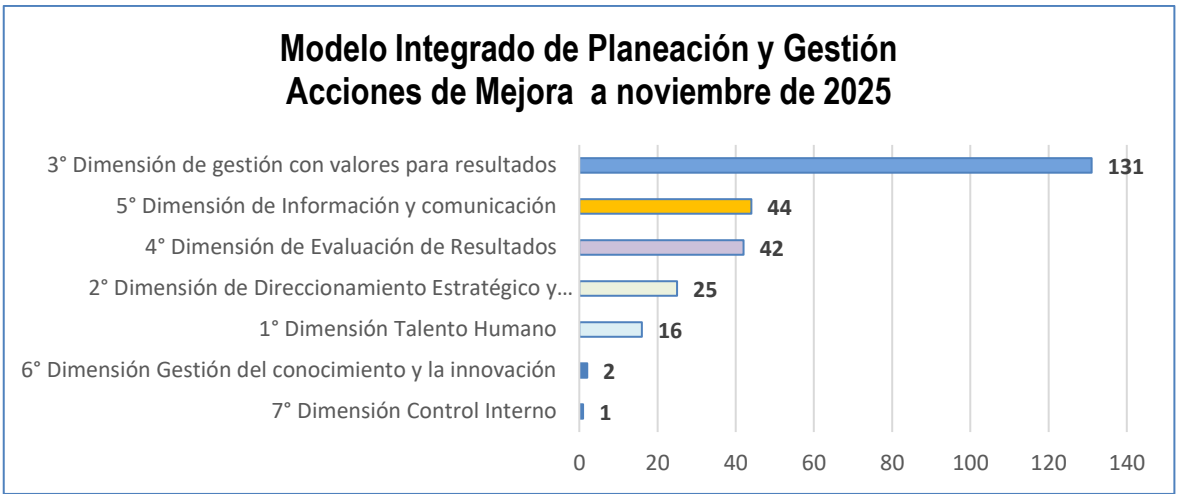


Gráfico # 12: Fuente: Balance de APCM a noviembre de 2025

De acuerdo con lo anterior, se concluye:

3° Dimensión de gestión con valores para resultados: Se identificó que el 50% de las acciones de mejora (131) están asociadas a debilidades en el logro de los resultados de los objetivos institucionales propuestos, tales como planes, programas y proyectos, entre otros.

5° Dimensión de Información y comunicación: El 16% de las Acciones del Plan de Mejoramiento (44) fueron formuladas para subsanar situaciones relacionadas con el adecuado flujo de información, tanto interna como externa.

4° Dimensión de Evaluación de Resultados: El 16% de las acciones del plan de mejoramiento (42) están relacionadas con debilidades en la evaluación del avance de la gestión y el cumplimiento de los resultados y metas propuestas, respecto a los tiempos y recursos establecidos.

2° Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación Institucional: Se observó la formulación de 26 acciones de mejora, que corresponden al 10% del total de las APCM, orientadas a fortalecer la definición e implementación de estrategias, actividades, responsables, plazos, puntos de control, recursos, talento humano e indicadores necesarios para el logro de los resultados.

1° Dimensión Talento Humano: El 6% de las acciones de mejora (16) están orientadas a abordar aspectos relacionados con el ciclo de vida de los servidores públicos, tales como ingreso, permanencia, desarrollo, retiro y política de integridad.

6° Dimensión Gestión del conocimiento y la innovación: El 1% de las acciones de mejora (2) corresponde a iniciativas enfocadas en la transferencia del conocimiento y la promoción de la innovación, con el propósito de consolidar buenas prácticas en la entidad.

7° Dimensión Control Interno: Se identificó la formulación de una (1) acción de mejora relacionada con la promoción del mejoramiento continuo, mediante la implementación de acciones, métodos y procedimientos de control y gestión del riesgo, así como de mecanismos para su prevención y evaluación.

A continuación, se identifican las políticas de MIPG que presentan debilidades en su aplicación y/o cumplimiento y su interacción con el SIG:

Dimensión	Política MIPG	Sistema de Gestión afectado
1ª. Dimensión: Talento Humano	Gestión estratégica del talento humano	- Calidad – ISO 9001:20195 - Seguridad y salud en el trabajo – ISO 45001:2018 - Documentos y la información – ISO 30301:2019 - Gestión Antisoborno – ISO 37001:2016 - Gestión ambiental – ISO 14001:2015
2° Direccionamiento estratégico y planeación	- Planeación institucional. - Compras y Contratación Pública - Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	- Calidad – ISO 9001:2015 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013 - Documentos y la información – ISO 30301:2019 - Seguridad y salud en el trabajo – ISO 45001:2018 - Gestión ambiental – ISO 14001:2015 - Gestión Antisoborno – ISO 37001:2016 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013
3° Gestión con valores para resultados	- Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos - Servicio al ciudadano - Gobierno digital - Seguridad digital - Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción - Defensa Jurídica - Mejora normativa	- Calidad – ISO 9001:2015 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013 - Documentos y la información – ISO 30301:2019 - Seguridad y salud en el trabajo – ISO 45001:2018 - Gestión ambiental – ISO 14001:2015 - Gestión Antisoborno – ISO 37001:2016 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013
4° Evaluación de resultados	Seguimiento y evaluación de la gestión institucional	- Calidad – ISO 9001:2915 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013 - Documentos y la información – ISO 30301:2019 - Seguridad y salud en el trabajo – ISO 45001:2018 - Gestión ambiental – ISO 14001:2015 - Gestión Antisoborno – ISO 37001:2016 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013
5° Información y comunicación	- Gestión Documental	- Calidad – ISO 9001:2015 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013 - Documentos y la información – ISO 30301:2019 - Seguridad y salud en el trabajo – ISO 45001:2018 - Gestión Antisoborno – ISO 37001:2016 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013
6ª Gestión de conocimiento y la innovación	Gestión de conocimiento y la innovación	- Calidad – ISO 9001:2015 - Seguridad de la información – ISO 27001:2013

Tabla # 14, Fuente: Balance corte noviembre de 2025

Con relación a los componentes del control interno, se concluye:

Ambiente de Control:

La Alta Dirección evidencia su compromiso y liderazgo mediante la definición de lineamientos que integran los valores y principios del servicio público, la planeación estratégica, la gestión de la calidad, la gestión ambiental, la seguridad de la información, la gestión del conocimiento y la innovación, la gestión documental, la seguridad y salud en el trabajo, así como la transparencia e integridad.

Este compromiso se materializa en la existencia de procedimientos, manuales, políticas operativas y mecanismos que permiten la identificación, seguimiento, monitoreo y análisis integral de los riesgos, promoviendo un enfoque integral para la gestión institucional.

En este contexto, y con el propósito de garantizar la satisfacción de las partes interesadas y el cumplimiento de los objetivos institucionales, el Sistema Integrado de Gestión (SIG) se encuentra estructurado en 13 procesos y 80 procedimientos, lo cual contribuye al fortalecimiento del ambiente de control.

No obstante, a partir de los resultados de las auditorías internas, se identificaron debilidades relacionadas con los siguientes aspectos:

- Desactualización y falta de articulación de los documentos y lineamientos para el seguimiento a compromisos derivados de políticas, programas, planes y proyectos, lo cual limita la coherencia, oportunidad y efectividad del seguimiento institucional.
- Incumplimiento de la metodología definida en la hoja de instrucciones de la Matriz Integral de Gestión de Riesgos, particularmente en la adecuada descripción de los controles 133.2, 133.3, 134.1 y 135.3, afectando la claridad y consistencia en el diseño de los controles.
- Debilidades recurrentes en el cargue y gestión de la información asociada a la Metodología de referencia para la Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Información en los repositorios DevOps Server, lo que compromete la trazabilidad, disponibilidad y confiabilidad de la información técnica y metodológica requerida para la adecuada gestión y control de los sistemas de información institucionales.

Evaluación del riesgo:

A través de las auditorías internas, los ejercicios de seguimiento y las autoevaluaciones, se evaluó la eficacia y efectividad de los controles definidos en los manuales, procedimientos y en la Matriz Integral de Riesgos, entre otros instrumentos del Sistema Integrado de Gestión. Como resultado de estas evaluaciones, se identificaron debilidades en la aplicación de dichos controles, las cuales derivaron en la identificación de recurrencias, no conformidades y oportunidades de mejora, que se describen a continuación:

- Incumplimiento de las actividades definidas en el procedimiento PT-PG-01, particularmente en la evaluación del riesgo inherente, la determinación y efectividad de los controles, la coherencia entre riesgos y controles y el reporte de la materialización de riesgos. Asimismo, se identificaron inconsistencias en la actualización del contexto organizacional y en la identificación de factores tecnológicos internos, lo cual incrementa la exposición a riesgos tecnológicos y de seguridad de la información.
- En materia de Seguridad y Salud en el Trabajo, se observaron incumplimientos en la formulación, ejecución y seguimiento de acciones de mejora derivadas de investigaciones de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como en los términos establecidos para el reporte de ATEL y la participación del COPASST en dichas investigaciones. Adicionalmente, se evidenciaron debilidades en el cumplimiento de los roles y funciones del COPASST y del Comité de Convivencia Laboral, y en la aplicación de controles relacionados con las recomendaciones emitidas por la ARL, los resultados del simulacro nacional de respuesta a emergencias y la autoevaluación de requisitos mínimos del SGSST.
- De igual forma, se identificaron desalineaciones entre la Matriz Integral de Riesgos institucional y los riesgos definidos en la MGA de los proyectos de inversión, lo que limita el seguimiento y monitoreo oportuno de los riesgos en la periodicidad establecida. A esto se suman debilidades en la identificación del tipo de riesgo y sus causas en diversos procedimientos misionales y estratégicos.
- En la aplicación de controles documentados en procedimientos administrativos y financieros, tales como vinculación y retiro de funcionarios, prácticas laborales y judicatura, y en el procedimiento de análisis, elaboración y presentación de estados contables, derivadas del incumplimiento de funciones normativas y de diferencias entre lo documentado y lo ejecutado. Estas situaciones afectan la estandarización de los procesos, la trazabilidad de las actuaciones y la efectividad del sistema de control interno.

- En la aplicación de los criterios definidos para la descripción de riesgos, opción de manejo, reporte de materialización, diseño y descripción de controles, coherencia entre riesgos y controles, eficacia y efectividad.
- Inconsistencia en fechas de actualización del registro del contexto (Anexo 6A del Manual de SIG) y falta de identificación de factores tecnológicos internos que podrían materializar riesgos tecnológicos y de seguridad de la información.
- Incumplimiento con el monto de cotización a la ARL de un colaborador clasificado en Riesgo nivel IV "transporte de pasajeros".
- Identificación de peligros en SST con participación de todos los colaboradores de la entidad.
- Debilidad de control por parte del grupo de radicación y áreas técnicas en el SGD – ORFEO respecto al reporte oportuno de fechas de atención y finalización de PQRSD.
- No se generó ni planificó un ejercicio de transferencia de conocimiento al nuevo líder técnico de SISGESTIÓN, generando riesgos operacionales.

Actividades de control:

A través de los lineamientos institucionales (manuales, políticas y procedimientos), las diferentes herramientas implementadas por la Entidad y la asignación de roles y responsabilidades se han definido las actividades de control orientadas a asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

No obstante, las auditorías, seguimientos y autoevaluaciones evidenciaron debilidades transversales en la aplicación efectiva de los controles, reflejadas principalmente en incumplimientos normativos, deficiencias en la ejecución de procedimientos, fallas en la gestión del riesgo, debilidades en la planeación, seguimiento y control, y problemas de trazabilidad y calidad de la información.

Debilidades en el diseño, documentación y efectividad de controles, así como registros erróneos o desactualizados, lo que limita la capacidad institucional para prevenir, detectar y mitigar riesgos de manera oportuna.

Respecto a la planeación, seguimiento y evaluación, se evidenciaron deficiencias en el reporte, análisis y validación de indicadores, metas y productos del Plan de Acción, del PMI y del PND, así como inconsistencias entre la información registrada en los sistemas institucionales y la publicada en plataformas externas. Estas situaciones afectan la confiabilidad de la información para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

En el ámbito contractual, se observaron incumplimientos normativos y procedimentales en la ejecución, supervisión, liquidación y cierre de contratos, deficiencias en la gestión precontractual y contractual, inconsistencias en la información reportada en SECOP y debilidades en la documentación soporte de los expedientes contractuales, lo cual impacta la transparencia y trazabilidad de la gestión contractual.

En relación con la gestión documental y de la información, se identificaron debilidades en la estructuración de expedientes, aplicación de TRD, control de registros, clasificación de información y administración de activos de información, así como incumplimientos en los lineamientos de seguridad de la información y control de accesos, incrementando los riesgos sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información institucional.

En cuanto a talento humano y SST, se evidenciaron incumplimientos en procesos de vinculación, evaluación del desempeño, gestión de competencias, inducción, exámenes médicos, implementación del SGSST y aplicación de medidas preventivas, así como debilidades en la planificación, seguimiento y control de programas de capacitación, bienestar y seguridad y salud en el trabajo.

Finalmente, se identificaron debilidades en la gestión del conocimiento, innovación y mejora continua, reflejadas en la falta de actualización de procedimientos, ausencia de transferencia de conocimiento, debilidades en la implementación de acciones correctivas y preventivas, y deficiencias en el seguimiento a las decisiones derivadas de la Revisión por la Dirección, lo que limita el aprendizaje organizacional y la sostenibilidad del sistema de control interno.

A estas acciones se les realiza seguimiento periódico y oportuno, con el fin de asegurar la mejora continua, a través de la verificación de la eficacia y la ejecución de auditorías internas de revisión de la efectividad (AIRE).

Información y comunicación:

El DNP cuenta con procedimientos, manuales, implementación de controles e instancias de coordinación interna para apoyar la Gestión de la Información y la Comunicación; en el desarrollo del Plan Anual de Auditarías, se evidenciaron debilidades significativas y recurrentes en la gestión documental, la planeación, la gestión del riesgo y el control institucional, que afectan la trazabilidad, confiabilidad, oportunidad y disponibilidad de la información, así como el cumplimiento normativo y procedimental.

En el Componente de Gestión Documental, se identificaron fallas en la aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD), especialmente en la clasificación, creación, conformación y conservación de expedientes físicos y electrónicos en el SGD ORFEO, así como incumplimientos en la gestión y trámite de las comunicaciones oficiales, PQRSD, expedientes contractuales, disciplinarios, de talento humano y de seguridad y salud en el trabajo. Adicionalmente, se evidenció desactualización de instrumentos documentales, debilidades en la capacitación, falta de interoperabilidad entre sistemas, y deficiencias en la identificación, clasificación y reporte de activos de información.

En materia de transparencia y acceso a la información, se observaron incumplimientos en la publicación oportuna y completa de información en el Botón de Transparencia, la página web institucional y SECOP II, así como debilidades en el seguimiento a denuncias de soborno, fraude y corrupción y en la aplicación de los lineamientos de la ISO 37001:2016.

Respecto a la planeación y seguimiento institucional, se evidenciaron debilidades en la aplicación de los manuales de planeación y seguimiento, desfases en el avance de actividades estratégicas como la implementación de la Política de Gobierno Digital, inconsistencias en la información reportada y deficiencias en el seguimiento a indicadores, planes, programas y proyectos, incluyendo el control de los Programas de Gestión Documental y el Plan Anual de Adquisiciones (PAA).

En el ámbito contractual y financiero, se identificaron debilidades en la supervisión contractual, en la conformación y clasificación de expedientes contractuales, en la actualización del PAA, en la trazabilidad de modificaciones contractuales y en la elaboración de notas a los estados financieros, lo que impacta la transparencia y control de los recursos públicos.

Finalmente, se evidenciaron debilidades en la gestión de talento humano y sistemas de información, relacionadas con la gestión de expedientes de teletrabajo, el registro y monitoreo de información en SIGEP II, la comunicación de resultados al COPASST, la medición de indicadores de SST y la actualización de matrices e instrumentos del Sistema Integrado de Gestión.

En conjunto, estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer el diseño, aplicación y seguimiento de los controles, mejorar la articulación entre procesos y sistemas de información, y consolidar una gestión documental, de planeación y control más consistente, estandarizada y alineada con los lineamientos normativos e institucionales.

Actividades de monitoreo

Producto de las evaluaciones periódicas orientadas a medir el cumplimiento de los objetivos institucionales, se identificaron debilidades recurrentes en la medición, seguimiento y control de la gestión institucional, especialmente en TI, Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), seguridad de la información, gestión contractual, gestión de riesgos, planeación y atención al ciudadano, que afectan la oportunidad, confiabilidad e integridad de la información y del desempeño reportado.

A continuación se relacionan los principales aspectos observados:

- Debilidades en la medición del desempeño de la plataforma TI y en el seguimiento al desempeño de proveedores de servicios.
- Debilidad en la revisión por la Alta Dirección del cumplimiento del plan anual de SST y su cronograma.
- Incumplimiento en la calibración anual de equipos de seguimiento y medición.
- Reportes asociados a condiciones inseguras, falta de mantenimiento y gestión de peligros/riesgos.
- Baja participación (colaboradores/contratistas) en inducción y reinducción en SST (vigencias 2024–2025).
- Incumplimiento en la evaluación médica de retiro (vigilancia de la salud).
- Identificación de peligros con participación amplia, especificaciones SST en compras/adquisiciones, y atención de recomendaciones médicas/diagnósticos en actividades programadas.
- Incumplimiento en el monto de cotización a ARL para un caso clasificado en riesgo IV.
- Desactualización de información del micrositio de SST y diferencias/inconsistencias entre reportes (autoevaluación, accidentes de trabajo, monitoreo de riesgos).
- Incumplimientos en políticas de seguridad relacionadas con controles de acceso: retiro de permisos, usuarios compartidos/contraseñas y depuración de usuarios.
- Aplicación de políticas de seguridad en el puesto de trabajo.
- Revisión de estudios previos, especialmente para verificar coherencia entre necesidad, experiencia y competencia del contratista.
- Diseño de controles, definición de políticas, reporte de materialización y planes de tratamiento del riesgo.
- Falta de lineamientos para identificar/enfrentar soborno, definición insuficiente de controles frente a riesgos de corrupción (soborno/fraude), y debilidades para identificar necesidades/expectativas de “socios de negocio” expuestos a riesgo de soborno.
- En la definición de lugares/sectores donde opera la entidad para la aplicación del SGAS y el SIG.
- Incumplimientos frente a requisitos del Modelo de Gerencia Pública (pilares de Productividad Social e Integridad – Resolución 1472/2024 y guía asociada).
- Incumplimiento en el registro de la ejecución de los proyectos de inversión en la PIIP, generando inconsistencias entre lo ejecutado y lo reportado.
- Disponibilidad e integridad de evidencias para soportar metas y productos del proyecto.
- En la aplicación de criterios de los manuales de planeación y seguimiento institucional (M-PG-02 y M-ED-02).
- Incumplimiento en el registro y archivo de información de acuerdos de gestión (base F-TH-08), y en la digitalización/archivo en Orfeo.
- En la coherencia entre los resultados de las autoevaluaciones cuatrimestrales presentadas por las dependencias y las situaciones evidenciadas en la auditoría.
- Incumplimiento en la definición/alcance de indicadores
- Falta de análisis de resultados de satisfacción del cliente para generar acciones de mejora.
- Incumplimiento para resolver y trasladar peticiones dentro de los términos de la Ley 1755 de 2015.
- Incumplimiento potencial de requisitos para la atención telefónica al ciudadano.

3. GESTIÓN FRENTE AL BALANCE DE ACCIONES DE MEJORA

En el marco del mejoramiento continuo y con el objeto de fortalecer la cultura del control entre los colaboradores del Departamento Nacional de Planeación, la Oficina de Control Interno ha realizado las siguientes actividades:

- Apoyar a las dependencias en el análisis de causas con el objeto de identificar la causa raíz generadora de la No conformidad y Oportunidad de mejora.

- Informar oportunamente a las dependencias las APCM vencidas y presentar alertas tempranas de las APCM próximas a vencer, para que los responsables verifiquen el nivel de ejecución frente a los términos programados;

adicionalmente, se informa a los líderes de las dependencias cuando no se realiza el reporte oportuno del Balance de planes de mejoramiento.

- Seguimiento mensual al estado de ejecución de las Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora – APCM registradas en el balance, así como la actualización del balance de APCM con el reporte de avance presentado por las dependencias, el resultado de la eficacia remitida por la OAP y la efectividad (AIRE); igualmente, gestión de las modificaciones, eliminaciones y reformulaciones de los planes de mejoramiento presentados por las dependencias y comunicación de situaciones relacionadas con la calidad de la información de los reportes.

- Elaborar y presentar el informe consolidado del estado del balance del DNP con corte a noviembre de 2025 y comunicarlo a las dependencias con el fin de facilitar la toma de decisiones oportuna, contribuyendo con el mejoramiento continuo.

- Interacción con las dependencias en donde se observaron cambios de los gestores que reportan avances de las APCM, con el objetivo de aclarar los tiempos y plantillas a enviar, profundizando sobre los criterios establecidos en el procedimiento "Formulación y seguimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora" (Código: PT-ED-05 V. 12).

- De acuerdo con el procedimiento "Formulación y seguimiento de Acciones de Mejora", se han atendido las siguientes solicitudes:

  Vigencia 2025 (enero - noviembre):
  - Se han asignado 119 nuevos códigos de APCM
  - Se han atendido 115 solicitudes allegadas al correo correlacionoapcm-oci@dnp.gov.co, por los siguientes conceptos: (82) modificaciones, (29) reformulaciones y (4) eliminaciones.

4. CONCLUSIONES RELACIONADAS CON EL DESEMPEÑO DEL BALANCE DE ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA CON CORTE A 30/11/2025

- **EFICACIA (FORMULACIÓN):** como resultado de actividades de seguimiento, evaluación, auditoría y ejercicio de autoevaluación, se identificaron situaciones que fueron atendidas por parte de las dependencias relacionadas con la formulación de planes de mejora, como se cita a continuación:

FUENTE	CANTIDAD	VIGENCIA
Auditoría interna	198	2021 (1), 2022 (3), 2023 (22), 2024 (77), 2025 (95)
Auditoría externa	3	2023 (1): 2024 (1); 2025 (1)
Autoevaluación	8	2024 (3), 2025 (5)
Evaluación por dependencias	16	2024 (4); 2025 (12)
Seguimiento	36	2023 (2), 2024 (19), 2025 (15)
TOTAL	**261**	

Tabla # 15, Fuente: Balance corte noviembre 2025

Los 261 planes de mejoramiento del Balance se generaron como resultado de: Auditoría externa (3), Auditoría interna (198), Autoevaluación (8), Evaluación por dependencias (16) y Seguimiento (36).

De lo anterior se concluye compromiso por parte de las dependencias del DNP para subsanar las situaciones evidenciadas, presentándose eficacia en la formulación de APCM.

- **EFICIENCIA (OPORTUNIDAD):** los planes de mejoramiento formulados por las dependencias presentan el siguiente estado:

ESTADO	CANTIDAD	VIGENCIA
CUMPLIDOS	135	2021 (1); 2022 (3); 2023 (14), 2024 (78), 2025 (39)
DENTRO DEL PLAZO	121	2023 (8), 2024 (26), 2025 (87)
VENCIDAS	5	2023 (3); 2025 (2)
TOTAL	**261**	

Tabla # 16, Fuente: Balance corte noviembre 2025

En conclusión, el 52% (135) planes se cumplieron en las fechas establecidas, es decir que hubo eficiencia en su cumplimiento, el 46% (120) se están ejecutando dentro del plazo y 2% (5) no se ejecutaron en la fecha prevista presentando estado vencido (25-100, 25-070, 23-106, 23-087, 23-063)

Al respecto se ha recomendado fortalecer la autoevaluación para lograr el cumplimiento de las acciones de mejora en las fechas establecidas y en caso de requerir alguna modificación, atender lo dispuesto en el procedimiento PT-ED-05 formulación y seguimiento APCM, que en su actividad 9. Gestionar la modificación de la APCM, establece: "El jefe de la dependencia remite a la OCI la APCM aprobada con los ajustes y anexa los soportes que correspondan a través del correo electrónico correlacionapcm-oci@dnp.gov.co, …"

- **EFECTIVIDAD (NO REINCIDENCIA):** de acuerdo con el resultado de las 87 Auditorías Internas de Revisión de la Efectividad ejecutadas durante la vigencia 2025, se observó efectividad en el 83% (73) planes, evidenciando que las acciones implementadas aseguraron el mejoramiento dado que eliminaron la causa raíz generadora de la situación evidenciada, por otro lado, el 16% (14) planes quedaron abiertos, los cuales 9 fueron reformulados, 1 fue unificada por tener objeto similar y 4 están en proceso de reformulación.

6. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la autoevaluación para lograr el cumplimiento de las acciones de mejora en las fechas establecidas y en caso de requerir alguna modificación atender lo dispuesto en el procedimiento PT-ED-05 formulación y seguimiento APCM, que en su actividad 9. Gestionar la modificación de la APCM, establece: "El jefe de la dependencia remite a la OCI la APCM aprobada con los ajustes y anexa los soportes que correspondan a través del correo electrónico correlacionapcm-oci@dnp.gov.co, …"

2. Dar continuidad a la aplicación del procedimiento de Acciones preventivas, correctivas o de mejora cuando se presenten cambios en el gestor de la dependencia, para que el reporte del estado de las acciones sea oportuno, refleje la gestión adelantada en el periodo y se realice conforme a los lineamientos establecidos para tal fin.

3. En cuanto a la eficacia, que la OAP continúe gestionando con las dependencias la completitud de las evidencias y su adecuada organización en el repositorio definido en la ruta del disco 'O', con el fin de determinar el cumplimiento de las acciones y facilitar la posterior realización de auditorías internas de efectividad (AIRE).

4. En lo relacionado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG):

   Ambiente de control: Fortalecer la articulación entre políticas, manuales y procedimientos, y reforzando el liderazgo visible de la Alta Dirección mediante gobernanza.

   Evaluación del riesgo: Reforzar la madurez de la gestión del riesgo asegurando cumplimiento integral del PT-PG-01 y garantizando coherencia entre contexto, riesgos, controles, materialización y planes, con enfoque especial en riesgos tecnológicos, de seguridad de la información, de proyectos y los relacionados con: fraude, lavado de activos, soborno, corrupción y financiación del terrorismo.

Actividades de control: Asegurar que los controles definidos en procedimientos y matrices se ejecuten “como están diseñados”, fortaleciendo los controles preventivos y detectivos, la calidad de las evidencias y el seguimiento, especialmente en planeación, gestión contractual, gestión financiera, gestión documental, TI, SST y seguridad de la información.

Información y comunicación: Fortalecer la gobernanza de la información y la gestión documental para garantizar trazabilidad, oportunidad, disponibilidad y transparencia, mediante estandarización de TRD, expedientes, activos de información y cumplimiento de publicación.

Actividades de monitoreo: Consolidar un esquema de monitoreo basado en datos que permita detectar desviaciones, medir desempeño y cerrar brechas, priorizando TI, SST, seguridad de la información, contratación, riesgos, planeación y atención al ciudadano.

5. En relación con el Sistema Integrado de Gestión (SIG), se recomienda fortalecer de manera integral las acciones orientadas a consolidar una cultura organizacional basada en la integridad, la transparencia y la mejora continua, que trascienda a los grupos de valor y genere un impacto positivo en la satisfacción de sus necesidades, en el desempeño institucional y en la generación de valor público, en atención a las debilidades identificadas en la implementación, articulación y efectividad de los sistemas que conforman el SIG: Gestión de la Calidad (ISO 9001:2015), Seguridad de la Información (ISO 27001:2013), Documentación y Gestión de Registros (ISO 30301:2019), Seguridad y Salud en el Trabajo (ISO 45001:2018), Gestión Ambiental (ISO 14001:2015) y Gestión Antisoborno (ISO 37001:2016) integrado al programa de transparencia del DNP.

6. Fortalecer los controles en la gestión enfocados a la finalización de las acciones planificadas previo a su vencimiento y en caso de ser necesario, tomar decisiones sobre la solicitud de modificación oportuna de las fechas previstas, de conformidad con lo establecido en el procedimiento.