

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-028	Evaluada la oportunidad de respuesta de las PQRSD recibidas en el segundo semestre del 2024, se detectaron catorce (14) respuestas que fueron emitidas fuera de términos, lo que indica falencias en el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1755 de 2015 en su artículo 14, situación que puede estar causada por debilidades en los controles, ocasionando así riesgos asociados al incumplimiento de los términos de ley para la gestión de peticiones ciudadanas y posibilidad de observaciones de entes externos.	Realizar informe de seguimiento de manera mensual de las respuestas de PRSD que incluya solcitiudes radicadas, respiesta emitidas, respuestas vencidas por parte de la Subdirección Poblacional	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-032	De conformidad con la informacion que se encuentra registrada en el modulo de procesos del Sistema de Información de Procesos Judiciales SIPROJ-WEB y su cotejo frente a la informacion reportada y certificada, se detectaron diferencias, falencias en la oportunidad y calidad en el registro y reporte de la información, situacion que denota debilidades en el cumplimiento de las actividades y puntos de control del Procedimiento "DEFENSA JUDICIAL CODIGO A-GJU-PR-002 VERSION 7 DE FECHA 06 DE OCTUBRE DE 2023", así como lo correspondiente al artículo 29 de la resolución 485 de 2023 de la Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C; lo que puede estar causado por desconocimiento o debilidad en los controles, generando así, riesgos relacionados con la inexactitud y calidad de la información reportada, así como posibilidades de observaciones de entes externos.	Actualizar, formalizar y socializar el Procedimiento "DEFENSA JUDICIAL CODIGO A-GJU-PR-002", fortaleciendo el punto de control de la actividad numero 4. frente a los procesos y la informacion registrada en el sistema SIPROJ WEB y una verificación y cotejo de la informacion a certificar.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-033	Como resultado de la verificación y cotejo de la información correspondiente a tutelas en el Sistema de Información de Procesos Judiciales SIPROJ-WEB, se detectó falta de actualización y registro de fallos y diferencias con lo reportado y certificado, identificando así, debilidad en la ejecución de los controles y actividades dipuestas en el Procedimiento "ACCION DE TUTELA CÓDIGO A-GJU-PR-003 VERSIÓN 07 DE FECHA 20 DE NOVIEMBRE DE 2023"; lo cual puede estar causado por desconocimiento o falla en los controles, generando así, riesgos asociado a la inexactitud en la informacion correspondiente al estado de fallos de las acciones de tutela, así como obsevaciones de entes externos	Actualizar, formalizar y socializar el Procedimiento "Acción de Tutela Código A-GJU-PR-003", fortaleciendo el punto de control de la actividad numero 4 y que se regsitren los fallos de las tutelas en el sistema SIPROJ WEB.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-034	En lo que corresponde al segundo semestre de 2024, no se pudo validar que se presentaron, ni publicaron en página web los informes de gestión del Comité de Conciliación, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que los mismos debían presentarse, lo cual denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido artículo 127 de la Ley 2220 de 2022; situación que puede estar causada por desconocimiento o debilidades en los controles, generándose riesgos asociados a fallas en los reportes de información de la actividad de Conciliación y Defensa Judicial de la entidad, así como posibilidad de observaciones de entes externos de vigilancia y control	Actualizar el procedimiento A-GJU-PR-007 incluyendo un punto de control para la verificación, de la oportunidad en la presentacion y publicacion del informe de gestion del comite de comite de conciliacion defensa judicial.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-035	En lo que corresponde al segundo semestre de 2024, no se pudo validar que se presentaron, ni publicaron en página web los informes de gestión del Comité de Conciliación, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que los mismos debían presentarse, lo cual denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido artículo 127 de la Ley 2220 de 2022; situación que puede estar causada por desconocimiento o debilidades en los controles, generándose riesgos asociados a fallas en los reportes de información de la actividad de Conciliación y Defensa Judicial de la entidad, así como posibilidad de observaciones de entes externos de vigilancia y control	Actualizar el reglamento del comite de conciliacion, donde se establezca la periodicidad de presentacion de informe gestion del comité de conciliación.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-036	Como resultado del análisis realizado en el presente seguimiento, se puede detecto que, no se presentó, ni remitió a la Secretaría Jurídica Distrital el informe semestral de defensa judicial que incluyera "criterios o directrices institucionales y/o políticas de prevención del daño antijurídico implementados o creados por el Comité", de igual forma, no se enviaron a la Secretaría Jurídica Distrital el reporte de los cambios en la conformación, funcionamiento e integración del Comité de Conciliación en coherencia con lo contenido en acta número 354 de 4 de octubre de 2024; lo cual denota falencias en el cumplimiento de lo establecido en los artículos 24.3 y 24.6 del Decreto 073 de 2023, dichas situaciones pueden estar causadas por debilidades en los controles, generándose así, riesgos asociados al incumplimiento normativo y posibilidades de observaciones de entes externos de vigilancia y control.	Actualizar el procedimientoA-GJU-PR-007 incluyendo un punto de control para la verificación, de cuando existan cambios en los miembros del comité, se remita el reporte corresponiente a la secretaria juridica distrital	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-037	Como resultado de la prueba de recorrido realizada para evaluar el diseño documental del Proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, se identificaron debilidades en aspectos como la clasificación, descripción, responsabilidades, diagramación, atributos de los registros y puntos de control. Lo que denota desatención de lo estipulado en el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002 VR 13, específicamente en los numerales 3, 6.1, 7, 11.2, 11.4 y 11.5. Esta situación podría haberse originado por el desconocimiento o la falta de atención a los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto. Las fallas señaladas representan riesgos significativos que pueden afectar la operatividad, la secuencia de actividades y los controles del proceso, con la posibilidad de impactar negativamente los resultados esperados.	Actualizar, oficializar y socializar el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002, fortaleciendo los puntos de control de los numerales 3, 6.1, 7, 11.2, 11.4 y 11.5	Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-038	Como resultado de la prueba de recorrido realizada para evaluar el diseño documental del Proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión, se identificaron debilidades en aspectos como la clasificación, descripción, responsabilidades, diagramación, atributos de los registros y puntos de control. Lo que denota desatención de lo estipulado en el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002 VR 13, específicamente en los numerales 3, 6.1, 7, 11.2, 11.4 y 11.5. Esta situación podría haberse originado por el desconocimiento o la falta de atención a los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto. Las fallas señaladas representan riesgos significativos que pueden afectar la operatividad, la secuencia de actividades y los controles del proceso, con la posibilidad de impactar negativamente los resultados esperados.	Actualizar los documentos del proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión de acuerdo al Manual para la elaboración de documentos vigente	Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión	Plan de mejoramiento auditorias internas	75%
PMAI-2025-041	En revisión del Plan de Sostenibilidad y Adecuación del MIPG, se identificó que el instructivo SSMG- IN-001, Versión 03, vigente desde el cuatro (04) de octubre de 2022, no ha sido actualizado y no se encuentra armonizado con la normativa y reglamentación vigente, lo que indica falencias en el cumplimiento de la política del SIGID y de la condición general 11 del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002, esta situación puede estar causada por debilidad en los controles de actualización de documentos; generando riesgos relacionados con la desactualización de lineamientos internos frente al marco normativo y podría dar lugar a observaciones por parte de entes externos	Modificar, oficializar y socializar el procedimiento Plan de adecuación y sostenibilidad de acuerdo a la normatividad vigente	Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-042	Como resultado de la evaluación de la formulación del Plan de Adecuación y Sostenibilidad 2025, se evidencio que el proceso de Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión - SMG, no considero los resultados FURAG 2023, lo que denota debilidad en el cumplimiento de lo estipulado en el numeral 3 Condiciones Generales del PLAN DE ADECUACIÓN Y SOSTENIBILIDAD SIG-MIPG S-SMG-IN-001 VR 3, lo cual puede derivarse de la falta de alineación entre los equipos responsables de la formulación del plan con el análisis de los resultados del FURAG, lo que puede generar riesgos relacionados con fallas en la identificación de criterios o requisitos pendientes de cumplimiento para avanzar en la sostenibilidad del MIPG y posibilidad de impactos negativos en el IDI.	Modificar, oficializar y socializar el procedimiento Plan de adecuación y sostenibilidad fortaleciendo a las condiciones generales y puntos de control para formulación de acciones para subsanar las recomendaciones de FURAG, atodiagnosticos y/o de más recomendaciones de otros informes.	Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-043	Realizada la prueba de recorrido para evaluación de los normogramas de los procesos, se evidencio desactualización y falencias en los lineamientos referentes a la elaboración y actualización de estos, lo cual indica debilidades en el cumplimiento de lo establecido en numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001 y el numeral 11 de las condiciones generales del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002; situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en el reconocimiento de la importancia del marco normativo que regula la operación la entidad, generándose riesgos relacionados con incumplimientos normativos y posibilidad de observaciones de parte de los entes externos de control.	Crear, oficializar y socializar un procedimiento sobre los roles y responsabilidades del normograma	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	67%
PMAI-2025-044	Realizada la prueba de recorrido para evaluación de los normogramas de los procesos, se evidencio desactualización y falencias en los lineamientos referentes a la elaboración y actualización de estos, lo cual indica debilidades en el cumplimiento de lo establecido en numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001 y el numeral 11 de las condiciones generales del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002; situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en el reconocimiento de la importancia del marco normativo que regula la operación la entidad, generándose riesgos relacionados con incumplimientos normativos y posibilidad de observaciones de parte de los entes externos de control.	Crear, oficializar y socializar el formato para la actualización y seguimiento del normograma	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	67%
PMAI-2025-045	Realizada la prueba de recorrido para evaluación de los normogramas de los procesos, se evidencio desactualización y falencias en los lineamientos referentes a la elaboración y actualización de estos, lo cual indica debilidades en el cumplimiento de lo establecido en numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001 y el numeral 11 de las condiciones generales del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002; situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en el reconocimiento de la importancia del marco normativo que regula la operación la entidad, generándose riesgos relacionados con incumplimientos normativos y posibilidad de observaciones de parte de los entes externos de control.	Actualizar la normograma de la entidad en la pagina web y en link de transparencia Numeral 2.1.1	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-046	Una vez realizada la prueba de recorrido de ejecución de actividades y controles del Procedimiento ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS SIGID S-SMG-PR-001, se identificaron debilidades en los registros y el diligenciamiento del LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS S-SMG-FT-001 VR 07, respecto de las fechas registradas para las solicitudes efectuadas por las diferentes dependencias del Instituto de acuerdo con lo establecido en los numerales 9 y 10 del procedimiento, dificultando el control de los tiempos en la ejecución de las actividades; esta situación pudo haberse originado por fallas en los controles de integridad de la información y diligenciamiento adecuado del formato, generando riesgos asociados a incongruencias en la trazabilidad de la información de formalización, vigencia y obsolescencia de los documentos del SIGID.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS SIGID S-SMG-PR-001 creando un punto de control que verifique la trazabilidad desde la solicitud hasta la oficialización del documento	Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-047	Una vez realizada la prueba de recorrido de ejecución de actividades y controles del Procedimiento ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS SIGID S-SMG-PR-001, se identificaron debilidades en los registros y el diligenciamiento del LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS S-SMG-FT-001 VR 07, respecto de las fechas registradas para las solicitudes efectuadas por las diferentes dependencias del Instituto de acuerdo con lo establecido en los numerales 9 y 10 del procedimiento, dificultando el control de los tiempos en la ejecución de las actividades; esta situación pudo haberse originado por fallas en los controles de integridad de la información y diligenciamiento adecuado del formato, generando riesgos asociados a incongruencias en la trazabilidad de la información de formalización, vigencia y obsolescencia de los documentos del SIGID.	Crear, oficializar y socializar el formato Matriz de seguimeinto de casos solicitud de creación, modificación, actualización y obsolecencia de documentación	Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-050	Realizada la evaluación de la formulación y monitoreo de los planes de mejoramientos internos y externos, se identificó debilidades en los tiempos establecidos para la formulación de los planes de mejoramiento, la revisión de planes para evitar duplicidad en las acciones de mejora y frente a los alertamientos de la Oficina Asesora de Planeación cuando se presentan incumplimientos, detectando así, falencias en el cumplimiento del numeral 5.1 condiciones generales y de los establecido en el numeral 6.4.1 del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004 en su versión 4 del 04/10/2022; situación que pudo originarse en debilidades de los controles, y/o desatención de los lineamientos internos; generando riesgos asociados a demoras o debilidad en la formulación, ejecución y cumplimiento de los planes de mejoramiento, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Actualizar, oficializar y socializar el MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004, creando un punto de control para el numeral 6.4.1 y cambiando los tiempos de la condición general 5.1 para las auditorias internas	Seguimiento y Mejoramiento a la Gestión	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-056	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Actualizar la información de publicación del menú Participa de los numerales 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g	Direccionamiento estratégico	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%

TABLERO RESULTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-057	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Realizar el diligenciamiento del ítem 1.12.1 correspondiente a "la información sobre decisiones que puedan afectar al público" y publicar en botón índice de transparencia	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-058	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Fortalecer y ejecutar los mecanismos de evaluación, seguimiento y retroalimentación del MSPI, mediante la consolidación de indicadores, el análisis de resultados de los controles implementados y la aplicación de ajustes necesarios, con el fin de cerrar la fase de Evaluación y avanzar hacia la adopción completa del modelo en la entidad.	Gestión TICs	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-059	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Establecer un espacio funcional en la intranet con acceso a usuarios activos en el directorio institucional, que permita la visualización de contenido en cada uno de los módulos.	Comunicación estratégica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-060	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Actualizar los hipervínculos en el mapa de procesos de la intranet con el fin de visualizar de forma correcta los documentos que infieren procesos y procedimientos para la toma de descisiones.	Comunicación estratégica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESULTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-061	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Diseñar y ejecutar una campaña de comunicación interna basada en envíos por correo electrónico para promover y socializar el uso óptimo del calendario (herramienta/funcionalidad/data). La acción incluye: -Creación de pieza comunicativa. Actualización formato oficial de publicación, implementando la opción de selección de publicar en el calendario de eventos	Comunicación estratégica	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-062	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Implementar funcionalidad del enlace entre el numeral 1.5 de Transparencia, con el Directorio de Contratistas del IDIPRON en SIDEAP, con apoyo de la Oficina Asesora de Comunicaciones.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-063	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Implementar funcionalidad del enlace de transparencia con la plataforma SECOP II para la consulta en tiempo real del Plan Anual de Adquisiciones y sus modificaciones; esto, con apoyo de la Oficina Asesora de Comunicaciones.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-064	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Actualizar en el enlace de transparencia plantilla de reporte de ejecución de contratos incluyendo campo asociado al porcentaje de ejecución del contrato.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%

TABLERO RESULTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-065	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Publicar nota en el link de transparencia en el numeral 4.3.6 en la que se indique que el Plan General de Compras, corresponde a lo publicado en el numeral 3.1 "Plan Anual de Adquisiciones"; esto, con apoyo de la Oficina Asesora de Comunicaciones.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-066	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Actualizar el procedimiento "A-GFI-PR-004 Informe de ejecución presupuestal de ingresos y gastos" para incluir condición general concerniente a la publicación de las modificaciones presupuestales en el link de tranparencia de la entidad.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-067	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Realizar mesa de trabajo con la Oficina de Tecnologías de la Información, con el fin de determinar las acciones que deben efectuarse para actualizar el índice de información clasificada y reservada.	Gestión Documental	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-068	Realizada la verificación de la publicación de información en cumplimiento de la normatividad de Transparencia y Acceso a la Información, se evidenció información sin publicar, actualizar y en algunos casos en que no cumplen con los atributos requeridos; lo anterior denota fallas cumplimiento de lo establecido en la Ley 1712 de 2014, la Resolución 1519 de agosto de 2020 de Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - Min TIC y la matriz ITA de la Procuraduría General de la Nación, Anexo 2, numerales: 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD :1.5.1, 1.5.2, 1.5.3, 1.5.4, 1.5.5, 1.5.6, 1.5.7, 1.5.10, 1.8.2, 1.9.1, 1.11.1, 1.12.1; 2. NORMATIVA: 2.1.5.a, 2.1.5.b, 2.1.5.c; 3. CONTRATACIÓN: 3.1.1, 3.3.3; 4. PLANEACIÓN: 4.3.6, 4.3.7, 4.3.8, 4.7.2, 4.9.1; 6. CONTENIDO MENÚ PARTICIPA: 6.1.7, 6.1.8, 6.2.1.d, 6.2.5.h, 6.2.6.b, 6.2.6.c, 6.2.6.d, 6.2.6.e, 6.2.6.g; 7. DATOS ABIERTOS: 7.1.2.a, 7.1.2.b, 7.1.2.c, 7.1.2.d, 7.1.2.e, 7.1.2.f, 7.1.2.g, 7.1.2.h, 7.1.2.i, 7.1.2.j, 7.1.2.k, 7.1.2.l, 7.1.2.m; así como el literal b del Anexo 3. Situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas en los controles de publicación de información mínima obligatoria: generando riesgos de sanciones u observaciones de entes externos, así como posibilidad de afectación reputacional y de afectación de la confianza de la ciudadanía en la entidad.	Actualizar conjuntamente con la Oficina de TICS el Índice de Información Clasificada y Reservada, conforme con las acciones que fueron definidas en mesa de trabajo.	Gestión Documental	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESULTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-069	Como resultado de la verificación realizada se evidencio debilidades en la publicación de documentos precontractuales y contractuales en el marco de los contratos números (CONTRATACIÓN DIRECTA- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN: 20242083, 20242236, 20242289, 20242312, 20242321, 20242338, 20242380, 20242430, 20242541, 20242967, 20243045, 20243165, 20242053, 20242820, 20242884, 20243176, 20243204 20250057 20250149, 20250197, 20250255, 20250448, 20250493, 20250629, 20250645, 20250854, 20250870, 20250967, 20251016, 20251040, 20251052 MÍNIMA CUANTÍA: 20243283, 20251033, 20242880, 20243073, 20243284, 20242366, 20243272, 20242377, 20243113, 20250971, 20251000, 20242662, 20242664, 20243263, 20243299, 20242825, 20242665, 20243041 -SELECCIÓN ABREVIADA: 20242188, 20242379, 20242860, 20243001, 135771, 20243036, 20243088, 20243117, 20243150, 20243186, 20243187, 20243254, 20243285, 20250999-1 y 20250999-2), Lo anterior denota debilidades en el cumplimiento de lo establecido en los numerales 5.1.1, 5.1.1.3 del manual de supervisión e interventoría código A-GCO-MA-001, así como del documento interno Publicación de información de la ejecución contractual SECOP II código AGCO-DI-001; situación que puede estar causada por debilidades en el apoyo o supervisión y en la ejecución de controles, generando posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Adelantar la capacitación a los abogados de la Gerencia de Contratación frente a las listas de verificación documental y el uso de estas para la publicación de los procesos de contratación en el SECOP II.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	80%
PMAI-2025-071	Como resultado de la verificación realizada se evidencio debilidades en la publicación de documentos precontractuales y contractuales en el marco de los contratos números (CONTRATACIÓN DIRECTA- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN: 20242083, 20242236, 20242289, 20242312, 20242321, 20242338, 20242380, 20242430, 20242541, 20242967, 20243045, 20243165, 20242053, 20242820, 20242884, 20243176, 20243204 20250057 20250149, 20250197, 20250255, 20250448, 20250493, 20250629, 20250645, 20250854, 20250870, 20250967, 20251016, 20251040, 20251052 MÍNIMA CUANTÍA: 20243283, 20251033, 20242880, 20243073, 20243284, 20242366, 20243272, 20242377, 20243113, 20250971, 20251000, 20242662, 20242664, 20243263, 20243299, 20242825, 20242665, 20243041 -SELECCIÓN ABREVIADA: 20242188, 20242379, 20242860, 20243001, 135771, 20243036, 20243088, 20243117, 20243150, 20243186, 20243187, 20243254, 20243285, 20250999-1 y 20250999-2), Lo anterior denota debilidades en el cumplimiento de lo establecido en los numerales 5.1.1, 5.1.1.3 del manual de supervisión e interventoría código A-GCO-MA-001, así como del documento interno Publicación de información de la ejecución contractual SECOP II código AGCO-DI-001; situación que puede estar causada por debilidades en el apoyo o supervisión y en la ejecución de controles, generando posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Realizar la subsanación de la documentación (en lo que es responsabilidad del supervisor) pendiente del contrato 20242321	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-072	Como resultado de la verificación realizada se evidencio debilidades en la publicación de documentos precontractuales y contractuales en el marco de los contratos números (CONTRATACIÓN DIRECTA- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN: 20242083, 20242236, 20242289, 20242312, 20242321, 20242338, 20242380, 20242430, 20242541, 20242967, 20243045, 20243165, 20242053, 20242820, 20242884, 20243176, 20243204 20250057 20250149, 20250197, 20250255, 20250448, 20250493, 20250629, 20250645, 20250854, 20250870, 20250967, 20251016, 20251040, 20251052 MÍNIMA CUANTÍA: 20243283, 20251033, 20242880, 20243073, 20243284, 20242366, 20243272, 20242377, 20243113, 20250971, 20251000, 20242662, 20242664, 20243263, 20243299, 20242825, 20242665, 20243041 -SELECCIÓN ABREVIADA: 20242188, 20242379, 20242860, 20243001, 135771, 20243036, 20243088, 20243117, 20243150, 20243186, 20243187, 20243254, 20243285, 20250999-1 y 20250999-2), Lo anterior denota debilidades en el cumplimiento de lo establecido en los numerales 5.1.1, 5.1.1.3 del manual de supervisión e interventoría código A-GCO-MA-001, así como del documento interno Publicación de información de la ejecución contractual SECOP II código AGCO-DI-001; situación que puede estar causada por debilidades en el apoyo o supervisión y en la ejecución de controles, generando posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Realizar la subsanación de la documentación (en lo que es responsabilidad del supervisor) pendiente de los contratos 20242366, 20243165	Gestión Documental	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-087	Realizada la evaluación, se observa que no se usa de manera integral las funcionalidades de la plataforma Secop II, considerando que en 64 de los contratos evaluados no se diligenció la información del numeral 6. Información Presupuestal – Asignaciones para seguimiento, lo que denota falencias en la observancia de lo establecido en el artículo 3º de la Ley 1150 de 2007, regulado por el artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto 1082 de 2015. Lo anterior puede estar causado por desconocimiento o debilidad en los controles, generándose riesgos asociados al inadecuado uso del SECOP II, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Efectuar la asignación de roles a los contratos suscritos en la vigencia 2025 de acuerdo con el lineamiento contenido en el A-GCO-DI-001 PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL SECOP II	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-088	Como resultado de la prueba de recorrido realizada para la evaluación de ejecución de controles y actividades, se identificó debilidades en los informes de la revisión y análisis del cumplimiento de las acciones o actividades y ejecuciones presupuestales a las que se comprometió el IDIPRON en el Plan de Acción de la Instancia Distrital; se detectaron falencias en el cumplimiento de los atributos de registro y de control del numeral 5 del flujograma del procedimiento, así como en el cumplimiento de actividades señaladas en las condiciones generales, lo cual denota deficiencias en el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento REPRESENTACIÓN DISTRITAL Y FORTALECIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS POBLACIONALES M-DAL-PR-038 en su versión 1 del 06/10/2023. Esta situación pudo originarse en debilidades en los controles, y/o desatención de los lineamientos internos; generando posibilidades de afectación del logro de los objetivos de las políticas públicas, la oportunidad y pertinencia en la toma de decisiones, así como de observaciones de entes externos.	Elaborar un informe mensual por parte de los delegados a instancias distritales para el monitoreo de los compromisos, el cual deberá ser enviado a la OAP y a Dirección para su revisión, seguimiento y aprobación, como se establece en el artículo 7 de la resolución interna 210 de 2025.	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	83%
PMAI-2025-089	Como resultado de la prueba de recorrido realizada para la evaluación de ejecución de controles y actividades, se identificó debilidades en los informes de la revisión y análisis del cumplimiento de las acciones o actividades y ejecuciones presupuestales a las que se comprometió el IDIPRON en el Plan de Acción de la Instancia Distrital; se detectaron falencias en el cumplimiento de los atributos de registro y de control del numeral 5 del flujograma del procedimiento, así como en el cumplimiento de actividades señaladas en las condiciones generales, lo cual denota deficiencias en el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento REPRESENTACIÓN DISTRITAL Y FORTALECIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS POBLACIONALES M-DAL-PR-038 en su versión 1 del 06/10/2023. Esta situación pudo originarse en debilidades en los controles, y/o desatención de los lineamientos internos; generando posibilidades de afectación del logro de los objetivos de las políticas públicas, la oportunidad y pertinencia en la toma de decisiones, así como de observaciones de entes externos.	Actualizar el procedimiento REPRESENTACIÓN DISTRITAL Y FORTALECIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS POBLACIONALES M-DAL-PR-038 incluyendo actividad donde se especifique la realización de informes mensuales y el envío de los mismos a la OAP y Dirección.	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-090	Como resultado de la identificación de la normatividad aplicable a las políticas públicas que tienen alcance con la misión del Instituto, se detectaron falencias en la implementación de acciones que convoquen a las niñas, niños y adolescentes a usar y recuperar el espacio público para el juego y el encuentro intergeneracional; no se pudo validar la realización de procesos de sensibilización y formación en torno a la participación incidente de niños, niñas, niños, lo cual denota debilidades la observancia de lo indicado en el numeral 6 del Artículo 8; en el Artículo 10 del Acuerdo Distrital 887 de 2023, situación que pudo originarse por desconocimiento o debilidades en la aplicación de los lineamientos distritales; generando riesgos asociados a fallas en el cumplimiento de la normatividad distrital, así como posibilidad de observaciones de entes externos	Actualizar el procedimiento REPRESENTACIÓN DISTRITAL Y FORTALECIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS POBLACIONALES M-DAL-PR-038 incluyendo punto de control, especificando la inclusión de acciones de manera anual en el plan de acción y plan operativo institucional.	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-092	Como resultado de la identificación de la normatividad aplicable a las políticas públicas que tienen alcance con la misión del Instituto, se detectaron falencias en la implementación de acciones que convoquen a las niñas, niños y adolescentes a usar y recuperar el espacio público para el juego y el encuentro intergeneracional; no se pudo validar la realización de procesos de sensibilización y formación en torno a la participación incidente de niños, niñas, niños, lo cual denota debilidades la observancia de lo indicado en el numeral 6 del Artículo 8; en el Artículo 10 del Acuerdo Distrital 887 de 2023, situación que pudo originarse por desconocimiento o debilidades en la aplicación de los lineamientos distritales; generando riesgos asociados a fallas en el cumplimiento de la normatividad distrital, así como posibilidad de observaciones de entes externos	Formular acciones en el plan de acción y Plan operativo institucional relacionadas con el cumplimiento de reportes, acciones, compromisos, presupuesto y normatividad vigente de las políticas públicas.	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-093	Se evidenció la falta de articulación entre el documento guía para la implementación del enfoque diferencial dirigido a la población LGBTI en IDIPRON y la gestión actual adelantada en el instituto, así como la ausencia de registros sobre actividades contempladas para garantizar su atención. Esta situación desatiende los lineamientos establecidos en la Guía Técnica Práctica de Atención a Sectores Sociales LGBTI M-DAL-DI-043 VR 2. La causa de esta situación puede deberse a la ausencia de mecanismos de seguimiento y/o falta de coordinación entre las áreas responsables, lo que puede generar riesgos por una gestión fragmentada, desatención de los lineamientos vigentes, así como posibilidad de afectación de la garantía de derechos de la población LGBTI atendida por el IDIPRON.	Actualizar el documento guía Técnica Práctica de Atención a Sectores Sociales LGBTI M-DAL-DI-043 VR 2 de acuerdo a las necesidad del IDIPRON y los lineamientos de la Política Pública LGTBI.	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-094	Se evidenció la falta de articulación entre el documento guía para la implementación del enfoque diferencial dirigido a la población LGBTI en IDIPRON y la gestión actual adelantada en el instituto, así como la ausencia de registros sobre actividades contempladas para garantizar su atención. Esta situación desatiende los lineamientos establecidos en la Guía Técnica Práctica de Atención a Sectores Sociales LGBTI M-DAL-DI-043 VR 2. La causa de esta situación puede deberse a la ausencia de mecanismos de seguimiento y/o falta de coordinación entre las áreas responsables, lo que puede generar riesgos por una gestión fragmentada, desatención de los lineamientos vigentes, así como posibilidad de afectación de la garantía de derechos de la población LGBTI atendida por el IDIPRON.	Realizar plan de implementación de la Política Pública LGTBI asociada al documento interno guía LGTBI que involucre la participación de otras dependencias	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-095	Realizada la verificación funcional del aplicativo SIMI, se identificó que la herramienta misional registra información (entradas) y no genera (salidas), debido a que no cuenta con ningún tipo de reportes o informes con las estadísticas de los servicios de enfermería atendidos por los profesionales del área de la salud a la comunidad LGBTI, como también se observó la ausencia de reportes sobre conductas de violencia y actos de discriminación entre otras vulneraciones por O.S e I.G diversas que pueden ser registrados con una atención asistencial en el SIMI; lo que denota debilidades en el cumplimiento de lineamientos establecidos en la GUÍA TECNICA PRACTICA DE ATENCIÓN SECTORES SOCIALES LGBTI M-DAL-DI-043 V2 04/2022 y en el cumplimiento de los principios definidos en el artículos No. 3, de la Resolución No. 460 de 2022 de MinTIC. Lo anterior puede estar causado por desconocimiento y/o desatención de las necesidades de los usuarios funcionales del SIMI, lo que genera riesgos asociados a fallas en el acceso, intercambio, consolidación y reutilización de datos de acciones de políticas públicas, así como posibilidades de manipulación de reportes e información	Realizar solicitud de desarrollo de los reportes establecidos en las formulaciones de acciones de las politica publicas.	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-096	Realizado el análisis de la información aportada en los indicadores IN-PEI-GES-DAL-009, IN-PEI-GES-DAL-010, se detectaron debilidades en su formulación y no fue posible validar la medición con base en las evidencias aportadas, denotando así desatención de lo establecido en el MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-MA-006, Versión 05, específicamente en la condición 11 y los numerales 8, 9.3, 9.5, 9.8, 9.9, 9.11, 10.1 y 10.2, situación que puede estar causada por desconocimiento o desarticulación de los planes de acción de las políticas públicas con el plan de acción institucional; pudiendo generar riesgos asociados a inexactitudes en la medición, reporte, seguimiento presupuestal y físico de los planes de acción de las políticas públicas y/o de presentación de información inconsistente para la toma de decisiones.	Formular indicadores asociados a las políticas públicas relacionados con el plan de acción y plan operativo según lo estabelcido en el Manual de MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-MA-006	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-098	<p>Como resultado de la prueba de recorrido para la evaluación del diseño de controles y actividades en los documentos del proceso de DISEÑO Y ADOPCIÓN DE LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES (POLÍTICAS PÚBLICAS), se identificaron diversas debilidades en su diseño, tales como la desactualización de documentos, ausencia de condiciones generales, inconsistencias en la diagramación, falta de identificación de documentos generados, descripciones imprecisas en actividades, actividades sin registro asociado, redacciones incorrectas en puntos de control, actividades sin numeración ni símbolo, omisiones en la identificación de puntos de control, falta de inclusión de normativa vigente y tabla de contenido incompleta, lo que denota fallas en el cumplimiento de lo establecido en EL MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS (CÓDIGO S-SMG-MA-002, VERSIÓN 14), específicamente en los numerales 3, 8 Y 11; Situaciones que se pudieron presentar por desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto. Lo anterior puede generar riesgos asociados a incumplimiento normativo, errores operativos, debilidad en los controles, así como posibilidad de impactos negativos en los resultados esperados del proceso.</p>	<p>Actualizar la documentación asociada a Políticas públicas (Manual Del Lenguaje Incluyente - M-Dal-Ma-001 Representación Distrital Y Fortalecimiento De La Implementación De Políticas Públicas Poblacionales – M- Dal-Pr-038</p> <p>Guía Técnica Practica De Atención Sectores Sociales Lgbti - M-Dal-Di-043) verificando que cuenten con loslineamientos establecidos en el MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-MA-006</p>	<p>Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional</p>	<p>Plan de mejoramiento auditorias internas</p>	<p>0%</p>
PMAI-2025-099	<p>Como resultado de la prueba de recorrido realizada para la evaluación de cumplimiento del Manual de Lenguaje Incluyente (M-DAL-MA-001-VR-02) del proceso se identificó que, no se está haciendo uso del lenguaje incluyente en todas las publicaciones o circulares internas socializadas a través del correo de la entidad, como se puede observar en publicaciones que se identificaron en el marco de esta evaluación, que entre otras son emitidas y difundidas de forma masiva a través del correo institucional, lo cual denota fallas en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 6. Del Manual de Lenguaje Incluyente (M-DAL-MA-001 VR 02). Situaciones que pueden presentarse por debilidad en los controles o desatención de los lineamientos internos para el uso del lenguaje incluyente; generándose riesgos de incumplimiento normativo, afectación de la garantía de derechos y posibilidad de observaciones de entes externos.</p>	<p>Actualizar el documento Manual Del Lenguaje Incluyente - M-Dal-Ma-001incluyendo dos actividades de sensibilización,los responsables y la periodicidad en el uso del lenguaje incluyente institucional</p>	<p>Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional</p>	<p>Plan de mejoramiento auditorias internas</p>	<p>0%</p>
PMAI-2025-100	<p>Evaluada la oportunidad de respuesta de las comunicaciones externas recibidas (ER) registradas en el sistema de correspondencia CORDIS, en relación específica con el tema de políticas públicas radicadas durante la vigencia 2024 y primer trimestre del 2025, se detectaron cinco (5) respuestas que fueron emitidas fuera de términos, asimismo se identificaron debilidades, imprecisiones en la claridad y pertinencia en la respuestas en los soportes y/o evidencias que den cuenta en lo referido a reportes, avances cualitativos y cuantitativos de algunas de estas, lo que indica falencias en la aplicación de lo establecido en la Ley 1755 de 2015 en sus artículo 14 y 30; situación que puede estar causada por debilidades en los controles, ocasionando así riesgos asociados a la falta de oportunidad y calidad en las respuestas, así como posibilidad de observaciones de entes externos.</p>	<p>Revisar y enviar los reportes de política pública de acuerdo a la ruta de control y seguimiento establecida en el documento REPRESENTACIÓN DISTRICTAL Y FORTALECIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS POBLACIONALES M-DAL-PR-038 (Visto bueno STLP/OAP/Dirección)</p>	<p>Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional</p>	<p>Plan de mejoramiento auditorias internas</p>	<p>0%</p>
PMAI-2025-101	<p>Evaluada la oportunidad de respuesta de las comunicaciones externas recibidas (ER) registradas en el sistema de correspondencia CORDIS, en relación específica con el tema de políticas públicas radicadas durante la vigencia 2024 y primer trimestre del 2025, se detectaron cinco (5) respuestas que fueron emitidas fuera de términos, asimismo se identificaron debilidades, imprecisiones en la claridad y pertinencia en la respuestas en los soportes y/o evidencias que den cuenta en lo referido a reportes, avances cualitativos y cuantitativos de algunas de estas, lo que indica falencias en la aplicación de lo establecido en la Ley 1755 de 2015 en sus artículo 14 y 30; situación que puede estar causada por debilidades en los controles, ocasionando así riesgos asociados a la falta de oportunidad y calidad en las respuestas, así como posibilidad de observaciones de entes externos.</p>	<p>Actualizar el procedimiento REPRESENTACIÓN DISTRICTAL Y FORTALECIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS POBLACIONALES M-DAL-PR-038 incluyendo punto de control, especificando periodicidad de revisión de reportes, responsabilidades y soporte de entrega</p>	<p>Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional</p>	<p>Plan de mejoramiento auditorias internas</p>	<p>0%</p>

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-102	Realizada prueba de recorrido se identificaron debilidades en la ejecución de los controles establecidos en las actividades 7, 9 y 13 del PROCEDIMIENTO DE INSTANCIAS DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN CÓDIGO M-DAL-PR-001 VERSIÓN 10, en razón a que revisado el Formato Matriz de diligenciamiento Instancias de coordinación y participación local y distrital M-DAL-FT-002, no está completamente diligenciada y/ registra inconsistencias e información y registros duplicados o repetitivos, sin que aporte información que permita validar la revisión y seguimiento de los compromisos adquiridos, lo cual pudo originarse en debilidad en los controles, desconocimiento o desatención de los lineamientos establecidos; generando así riesgos de desviación de los resultados esperados de los procesos de coordinación y participación, y posibilidades de afectación del cumplimiento de los objetivos y deberes del Instituto en el marco de la implementación de las políticas públicas.	Actualizar el formato "Matriz de diligenciamiento a Instancias de coordinación y participación locales y distritales" M-DAL- FT-002 con el fin de tener un seguimiento de los compromisos asumidos	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-103	Realizada prueba de recorrido se identificaron debilidades en la ejecución de los controles establecidos en las actividades 7, 9 y 13 del PROCEDIMIENTO DE INSTANCIAS DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN CÓDIGO M-DAL-PR-001 VERSIÓN 10, en razón a que revisado el Formato Matriz de diligenciamiento Instancias de coordinación y participación local y distrital M-DAL-FT-002, no está completamente diligenciada y/ registra inconsistencias e información y registros duplicados o repetitivos, sin que aporte información que permita validar la revisión y seguimiento de los compromisos adquiridos, lo cual pudo originarse en debilidad en los controles, desconocimiento o desatención de los lineamientos establecidos; generando así riesgos de desviación de los resultados esperados de los procesos de coordinación y participación, y posibilidades de afectación del cumplimiento de los objetivos y deberes del Instituto en el marco de la implementación de las políticas públicas.	Actualizar el PROCEDIMIENTO DE INSTANCIAS DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN CÓDIGO M-DAL-PR-001 donde se incluyen puntos de control y actividades asociados a la verificación y cumplimiento de los compromisos de instancias distritales y locales.	Diseño y Adopción de Lineamientos para la Prestación de los Servicios Sociales en el marco del Modelo Pegagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-107	Como resultado del análisis se evidenciaron inconsistencias significativas en las cifras reportadas por la entidad de Austeridad del Gasto Público correspondiente al segundo trimestre, al ser comparadas con los saldos registrados en los Estados Financieros oficiales para el mismo periodo de corte y también con las reportadas en periodos anteriores, lo que denota debilidades en las características de los controles y en el cumplimiento de lo establecido en el literal e) del artículo 3 de la ley 87 de 1993, así como de las características definidas en el numeral 1.2.1. del manual de políticas contables A-GFI-MA-00, situación que puede estar causada por inexistencia de procedimientos y controles documentados, generándose riesgos relacionados con la inexactitud y fallas en la integridad y verificabilidad de la información consolidada en los informes de austeridad en el gasto público.	Crear, oficializar y socializar un documento en el cual se establezcan los lineamientos para el suministro de la información correspondiente a la austeridad en el gasto por parte de las dependencias de la entidad.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-108	Como resultado de la prueba de recorrido se evidenciaron casos en los que se pagó el estímulo de corresponsabilidad sin que se observe la cantidad de asistencias definidas en el modelo 4x2, así como diferencias entre los días pagados en relación con los días de asistencia según lo verificado en las planillas. Lo anterior denota falencias en la ejecución de lo establecido en la condición general 10, las actividades 6 y 8 del Procedimiento M-PSS-PR-006 Concesión de Estímulos de Corresponsabilidad versión 11, así como en los controles y condiciones general 4.14, del Instructivo M-PSS-IN-003 Cargue de Planillas de Asistencias y Consolidación de Estímulo de Corresponsabilidad, versión 07. Esta situación podría estar originada por debilidades en los puntos de control, desconocimiento o desatención de los lineamientos internos, generando riesgos asociados a fallas en el reconocimiento y pago de los estímulos de corresponsabilidad, así como la posibilidad de observaciones por parte de entes externos de control.	Actualizar y socializar los documentos 'Concesión de Estímulos de Corresponsabilidad' (M-PSS-PR-006) y 'Cargue de Planillas de Asistencias y Consolidación de Estímulos de Corresponsabilidad'(M-PSS-IN-003), incorporando puntos de control que garanticen la verificación del cumplimiento del modelo 4x2	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-109	Como resultado de la prueba de recorrido se evidenciaron casos en los que se pagó el estímulo de corresponsabilidad sin que se observe la cantidad de asistencias definidas en el modelo 4x2, así como diferencias entre los días pagados en relación con los días de asistencia según lo verificado en las planillas. Lo anterior denota falencias en la ejecución de lo establecido en la condición general 10, las actividades 6 y 8 del Procedimiento M-PSS-PR-006 Concesión de Estímulos de Corresponsabilidad versión 11, así como en los controles y condiciones general 4.14, del Instructivo M-PSS-IN-003 Cargue de Planillas de Asistencias y Consolidación de Estímulo de Corresponsabilidad, versión 07. Esta situación podría estar originada por debilidades en los puntos de control, desconocimiento o desatención de los lineamientos internos, generando riesgos asociados a fallas en el reconocimiento y pago de los estímulos de corresponsabilidad, así como la posibilidad de observaciones por parte de entes externos de control.	Devolución de los recursos pagados de un (1) día adicional en el modelo 4x2 de Estímulos de Corresponsabilidad.	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-110	Como resultado de la prueba de recorrido se evidenciaron casos en los que se pagó el estímulo de corresponsabilidad sin que se observe la cantidad de asistencias definidas en el modelo 4x2, así como diferencias entre los días pagados en relación con los días de asistencia según lo verificado en las planillas. Lo anterior denota falencias en la ejecución de lo establecido en la condición general 10, las actividades 6 y 8 del Procedimiento M-PSS-PR-006 Concesión de Estímulos de Corresponsabilidad versión 11, así como en los controles y condiciones general 4.14, del Instructivo M-PSS-IN-003 Cargue de Planillas de Asistencias y Consolidación de Estímulo de Corresponsabilidad, versión 07. Esta situación podría estar originada por debilidades en los puntos de control, desconocimiento o desatención de los lineamientos internos, generando riesgos asociados a fallas en el reconocimiento y pago de los estímulos de corresponsabilidad, así como la posibilidad de observaciones por parte de entes externos de control.	Realizar la corrección de la planilla y el cargue de la misma, según lo establecido en el Instructivo M-PSS-IN-003 (item: correspondiente al cargue en la plataforma SIMI)	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-111	Resultado de la revisión de la información aportada en los indicadores Estratégicos y de Gestión del proceso prestación de servicios sociales (IN-PEI-PSS-003, IN-GES-PSS-005, IN-GES-PSS-006, IN-GES-PSS-008, IN-PEI-PSS-005 y IN-PEI-PSS-009), se detectaron debilidades metodológicas en la formulación de algunos indicadores, tales como ambigüedad en las unidades de medida, inconsistencias entre metas globales y anuales, ausencia de criterios cualitativos para evaluar la efectividad de las acciones y/o falta de evidencia documental que respalde la medición. Lo anterior denota desatención de lo establecido en el MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-MA-006, Versión 05, específicamente en la condición 11 y los numerales 8, 9.3, 9.5, 9.8, 9.9, 9.11, 10.1 y 10.2, situación que podrían obedecer a desconocimiento de los lineamientos metodológicos, generando riesgos asociados a inexactitudes en la medición, reporte y seguimiento, así como, presentación de información inconsistente que puede afectar la toma de decisiones estratégicas.	Formular para la vigencia 2026 los indicadores estratégicos y de gestión atendiendo, los lineamientos internos aplicables, del Manual para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores (S-SMG-MA-006).	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-112	Resultado de la revisión de la información aportada en los indicadores Estratégicos y de Gestión del proceso prestación de servicios sociales (IN-PEI-PSS-003, IN-GES-PSS-005, IN-GES-PSS-006, IN-GES-PSS-008, IN-PEI-PSS-005 y IN-PEI-PSS-009), se detectaron debilidades metodológicas en la formulación de algunos indicadores, tales como ambigüedad en las unidades de medida, inconsistencias entre metas globales y anuales, ausencia de criterios cualitativos para evaluar la efectividad de las acciones y/o falta de evidencia documental que respalde la medición. Lo anterior denota desatención de lo establecido en el MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES SSMG-MA-006, Versión 05, específicamente en la condición 11 y los numerales 8, 9.3, 9.5, 9.8, 9.9, 9.11,10.1 y 10.2, situación que podrían obedecer a desconocimiento de los lineamientos metodológicos, generando riesgos asociados a inexactitudes en la medición, reporte y seguimiento, así como, presentación de información inconsistente que puede afectar la toma de decisiones estratégicas.	Formular los indicadores estratégicos y de gestión contando con la participación de las dependencias misionales (Subdirección Técnica Poblacional, Gerencia de Territorio, Gerencia Operativa, Subdirección de Oportunidades, Gerencia Corresponsabilidad, Gerencia estímulo, Subdirección de Lineamientos) siguiendo los lineamientos del MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES SSMG-MA-006, Versión 05	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-113	De conformidad con la información que se encuentra registrada en el módulo de procesos del Sistema de Información de Procesos Judiciales SIPROJ-WEB y su cotejo frente a la información reportada, se detectaron diferencias, falencias en la oportunidad y calidad en el registro y reporte de la información, situación que denota debilidades en el cumplimiento de las actividades y puntos de control del Procedimiento "DEFENSA JUDICIAL CODIGO A-GJU-PR-002 VERSION 7 DE FECHA 06 DE OCTUBRE DE 2023", así como lo correspondiente al artículo 29 de la resolución 485 de 2023 de la Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C; lo que puede estar causado por desconocimiento o debilidad en los controles, generando así, riesgos relacionados con la inexactitud y calidad en los reportes de información, así como posibilidades de observaciones de entes externos.	Descargar mensualmente el reporte de la Rama Judicial, de los procesos judiciales que adelantan los abogados de defensa judicial adscritos a la Oficina Jurídica del IDPRON y con base en ese reporte se alimentará el aplicativo SIPROJ WEB.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-114	De conformidad con la información que se encuentra registrada en el módulo de procesos del Sistema de Información de Procesos Judiciales SIPROJ-WEB y su cotejo frente a la información reportada, se detectaron diferencias, falencias en la oportunidad y calidad en el registro y reporte de la información, situación que denota debilidades en el cumplimiento de las actividades y puntos de control del Procedimiento "DEFENSA JUDICIAL CODIGO A-GJU-PR-002 VERSION 7 DE FECHA 06 DE OCTUBRE DE 2023", así como lo correspondiente al artículo 29 de la resolución 485 de 2023 de la Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C; lo que puede estar causado por desconocimiento o debilidad en los controles, generando así, riesgos relacionados con la inexactitud y calidad en los reportes de información, así como posibilidades de observaciones de entes externos.	Registrar en la matriz de control y seguimiento de procesos judiciales que lleva la Oficina Jurídica, el cargue de las actuaciones procesales en el aplicativo SIPROJ WEB, verificando que se este dando en los tiempos establecidos en el Procedimiento de Defensa Judicial CODIGO A-GJU-PR-002 VERSION 7	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-115	Como resultado de la verificación y cotejo de la información correspondiente a tutelas en el Sistema de Información de Procesos Judiciales SIPROJ-WEB, se detectó falta de actualización y registro de fallos y diferencias con lo reportado, identificando así, debilidad en la ejecución de los controles y actividades dispuestas en el Procedimiento "ACCION DE TUTELA CÓDIGO AGJU- PR-003 VERSIÓN 07 DE FECHA 20 DE NOVIEMBRE DE 2023"; lo cual puede estar causado por desconocimiento o falla en los controles, generando así, riesgos asociado a la inexactitud en la información correspondiente al estado de fallos de las acciones de tutela, así como observaciones de entes externos.	1. Descargar mensualmente el reporte el reporte de la Rama Judicial de las tutelas que tramitan los abogados de defensa judicial adscritos a la Oficina Jurídica del IDPRON y con base en ese reporte se alimentará el aplicativo SIPROJ WEB.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-116	Como resultado de la verificación y cotejo de la información correspondiente a tutelas en el Sistema de Información de Procesos Judiciales SIPROJ-WEB, se detectó falta de actualización y registro de fallos y diferencias con lo reportado, identificando así, debilidad en la ejecución de los controles y actividades dispuestas en el Procedimiento "ACCION DE TUTELA CÓDIGO AGJU- PR-003 VERSIÓN 07 DE FECHA 20 DE NOVIEMBRE DE 2023"; lo cual puede estar causado por desconocimiento o falla en los controles, generando así, riesgos asociado a la inexactitud en la información correspondiente al estado de fallos de las acciones de tutela, así como observaciones de entes externos.	Registrar en la matriz de control y seguimiento de procesos judiciales y/o tutelas, que lleva la Oficina Jurídica, el cargue de las actuaciones procesales en el aplicativo SIPROJ WEB, verificando que se este dando en los tiempos establecidos en el Procedimiento de Defensa Judicial CODIGO A-GJU-PR-002 VERSION 7	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-117	Realizada la verificación en el módulo de comité de conciliación, se identificó falta de oportunidad en las actas de comité de conciliación , lo que indica fallas en el cumplimiento de lo establecido en el Artículo 231 del Decreto distrital 479 de 2024 de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C; Lo anterior puede estar causado por la no debilidad en los controles y falta de supervisión de las funciones de la Secretaria técnica del Comité, generándose riesgos asociados a la inexactitud en el registro de información de la actividad del comité de conciliación, así posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Realizar un reporte por parte de Secretario (a) Tecnico del Comité de Conciliacion al jefe de la Oficina Juridica respecto al cargue de las actas en el aplicativo SIPROJ WEB.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-118	Realizada la verificación y evaluación del registro del cumplimiento y aplicación de la política de daño antijudico de la Entidad CÓDIGO A-GJU-DI-001, VERSIÓN 02 en el sistema SIPROJWEB, se observó que se carece de 6 reportes desde su entrada en vigencia. Denotando así debilidades en el cumplimiento de lo establecido en el Artículo33.7 de la RESOLUCIÓN 104 DE 2018 "Por la cual se establecen los parámetros para la administración, seguridad y la gestión de la información jurídica a través de los Sistemas de Información Jurídica; situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas asignación formal de responsabilidades para el reporte semestral de la evaluación; generándose la posibilidad de incumplimientos normativos y de observaciones de parte de los entes externos de control	Realizar el cargue de la información solicitada en el aplicativo SIPROJ WEB / Modulo Reporte de Políticas por Entidad	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-119	Realizada la verificación y evaluación del registro del cumplimiento y aplicación de la política de daño antijudico de la Entidad CÓDIGO A-GJU-DI-001, VERSIÓN 02 en el sistema SIPROJWEB, se observó que se carece de 6 reportes desde su entrada en vigencia. Denotando así debilidades en el cumplimiento de lo establecido en el Artículo33.7 de la RESOLUCIÓN 104 DE 2018 "Por la cual se establecen los parámetros para la administración, seguridad y la gestión de la información jurídica a través de los Sistemas de Información Jurídica; situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas asignación formal de responsabilidades para el reporte semestral de la evaluación; generándose la posibilidad de incumplimientos normativos y de observaciones de parte de los entes externos de control	Incluir en el documento "Política del Daño Antijudístico" la obligatoriedad del reporte semestral prevista en el Artículo Artículo 33.7 de la RESOLUCIÓN 104 DE 2018 "Por la cual se establecen los parámetros para la administración, seguridad y la gestión de la información jurídica"	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-120	Como resultado de la prueba de recorrido efectuada para evaluar el diseño documental del proceso de Gestión Financiera, se identificaron debilidades estructurales en elementos clave como la clasificación y descripción de actividades, asignación de responsabilidades, representación diagramática del proceso, atributos de los registros, categorización de puntos de control, así como la falta de actualización de los documentos del proceso. Esta condición evidencia una desatención a los lineamientos establecidos en el Manual para la Elaboración de Documentos S-SMG-MA-002, particularmente en la condición general No.11, así como en los numerales 3, 6.1, 7, 11.1 11.2, 11.4 y 11.5. La causa probable de estas deficiencias se relaciona con el desconocimiento o inadecuada aplicación de las directrices institucionales por parte de los responsables del proceso y su equipo. Las debilidades detectadas generan riesgos que afectan la operatividad, la secuencia lógica de las actividades y los mecanismos de control, comprometiendo potencialmente la eficiencia del proceso y los resultados esperados.	Actualizar los documentos que han sido señalados en el informe de auditoría, ajustados conforme con el Manual de Elaboración de Documentos de la entidad.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	13%
PMAI-2025-121	Durante la revisión documental de los indicadores asociados al proceso Gestión Financiera, se identificaron debilidades en la formulación de los indicadores estratégicos y de gestión IN-PEI/GES-GFI-001, IN-PEI/GES-GFI-002, IN-PEI-GES-GFI-003 que obedecen a inconsistencias entre el tipo de indicador, formulación, discrepancias entre las evidencias y los datos reportados, lo que denota falencias en la aplicación de lo indicado en el Manual para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006, versión 05, especialmente los numerales 9, 9.3 al 9.6, 10 y 10.1. La causa de dicha situación podría obedecer a deficiencias en los controles de la primera línea de defensa y/o al desconocimiento técnico en materia de formulación y medición de indicadores. Como consecuencia, se generan riesgos asociados a inexactitudes en las mediciones de desempeño del proceso, inconsistencias en la información reportada para la toma de decisiones.	Actualizar la formulación de los indicadores del proceso, de conformidad con lo establecido en el Manual para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-122	Como resultado de inspección de controles del Instructivo SOLICITUD Y DEVOLUCIÓN DE TOKENS A-GFI-IN-01, se identificó que en el mes de febrero de 2024 se presentaron cambios y transferencias de tokens, pero no se cuenta con la totalidad de oficios dirigidos y entregados en las entidades bancarias, situación que denota debilidad en la ejecución de las actividades 5, 6 y en el punto de control 7 de dicho instructivo, cuya causa probable puede corresponder a debilidad en los controles o desactualización del documento, generando así riesgos asociados a fallas en los registros y trazabilidad de los responsables del uso de los tokens que se encuentran activos en la entidad.	Actualizar, oficializar y socializar el Instructivo SOLICITUD Y DEVOLUCIÓN DE TOKENS A-GFI-IN-01, con el fin de fortalecer los puntos de control de acuerdo con la realidad del proceso y la dinámica de la gestión financiera.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-123	Realizado el análisis de la información aportada, se identificó que en el año 2024 se presentaron hallazgos de los entes de control por incumplimiento del manual de políticas contables, situación que debió derivar en un reporte de la materialización del riesgo de gestión No 1; evidenciando así, debilidades en el cumplimiento del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS E-DES-MA-003 Numeral 7.4.5. Lo anterior puede estar causada por falencias en el control, monitoreo y reporte de los riesgos del proceso; generando mayor exposición por la falta de gestión de eventos y posibilidad de observaciones de entes externos.	Actualizar la formulación de los controles del riesgo de gestión IN-GEI-GFI-001 con el fin de robustecerlos y evitar la materialización del riesgo.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-124	Realizado el análisis de la información aportada, se identificó que en el año 2024 se presentaron hallazgos de los entes de control por incumplimiento del manual de políticas contables, situación que debió derivar en un reporte de la materialización del riesgo de gestión No 1; evidenciando así, debilidades en el cumplimiento del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS E-DES-MA-003 Numeral 7.4.5. Lo anterior puede estar causada por falencias en el control, monitoreo y reporte de los riesgos del proceso; generando mayor exposición por la falta de gestión de eventos y posibilidad de observaciones de entes externos.	Efectuar capacitación al equipo de Gerencia Financiera para acciones a tomar frente a materialización del riesgo.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-125	Realizada la prueba de recorrido del Procedimiento A-GFI-PR-020 "Solicitud de Creación y Control de Usuarios – Sistemas Financieros", no se pudo validar la ejecución de varias actividades porque no se aportó el registro definido: Oficio A-GDO-FT-016, asimismo para al punto de control establecido en la actividad 16, evidenciando así fallas en la ejecución de lo establecido en el mismo procedimiento; dicha situación puede estar causada por desactualización del procedimiento o debilidad en los controles, generando riesgos relacionados con el inadecuado control de los usuarios de los Sistemas Financieros y podría derivar en observaciones por parte de entes de control externos.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento A-GFI-PR-020 "Solicitud de Creación y Control de Usuarios – Sistemas Financieros" conforme con la realidad del proceso, con el fin de efectuar los registros y fortalecer los puntos de control que permitan validar los lineamientos de BOGDATA y SYSMAN.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-126	Como resultado de la revisión documental efectuada para evaluar la formulación y el cumplimiento del plan de acción vigencias 2024 y 2025, específicamente de las acciones: PAI-2024-104, y PAI-2025-117, se identificaron debilidades en la formulación y deficiencias en su ejecución ya que, en las dos (2) acciones no se especificó un número determinado de documentos a revisar, crear o actualizar, por ende no es posible validar el cumplimiento de 100% y el 25% respectivamente, y la evidencia que soporta dicha medición no está completa, ni conforme con el producto definido. La causa probable es el desconocimiento o la falta de atención de los lineamientos técnicos internos para la formulación y monitoreo del plan de acción en el instituto. Generándose riesgos por la inexactitud en los resultados consolidados y su inconsistencia frente a los resultados esperados.	Modificar la meta de la acción PAI-2025-117 (8 documentos), con el fin de definir la cantidad programada o meta de cantidad de documentos que se espera revisar, crear y/o actualizar. A-GFI-PR-016 A-GFI-PR-004 A-GFI-PR-012 A-GFI-PR-018 A-GFI-PR-005 A-GFI-PR-001 A-GFI-PR-002 A-GFI-PR-013	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-127	Realizada la evaluación y prueba de recorrido del procedimiento A-GFI-PR-016 "Depuración de Acreedores", se identificó en la cuenta contable 240790002, cuyo tiempo de registro supera los dos (2) años. Así mismo, se observa que no se realizó la revisión mensual de los saldos de acreedores, por lo que no se evidencia el cumplimiento de lo establecido en el citado procedimiento en las condiciones generales No. 1, 3 y en las actividades 14 y 15. Esta situación podría estar causada por debilidad en los controles, generando riesgos asociados a falta de depuración oportuna de las cuentas de balance y posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento A-GFI-PR-016 "Depuración de Acreedores" con el fin de fortalecer los controles y ajustarlo conforme con la realidad del proceso	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-128	Realizada la evaluación y prueba de recorrido del procedimiento A-GFI-PR-016 "Depuración de Acreedores", se identificó en la cuenta contable 240790002, cuyo tiempo de registro supera los dos (2) años. Así mismo, se observa que no se realizó la revisión mensual de los saldos de acreedores, por lo que no se evidencia el cumplimiento de lo establecido en el citado procedimiento en las condiciones generales No. 1, 3 y en las actividades 14 y 15. Esta situación podría estar causada por debilidad en los controles, generando riesgos asociados a falta de depuración oportuna de las cuentas de balance y posibilidad de observaciones de entes externos de control.	Elaborar Resolución para hacer la depuración de los acreedores de estímulos de corresponsabilidad con el fin de devolver a Hacienda , una vez se reciba por parte de la Gerencia Financiera la información de los beneficiarios que cumplieron 180 días sin reclamar los recursos.	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-129	Realizada la evaluación y el recálculo de la depreciación de activos al 31 de diciembre de 2024, costo histórico, adiciones, deterioro, valor residual, valor depreciable, depreciación acumulada, saldo a depreciar y vida útil asignada y vida útil remanente, se detectaron diferencias en la depreciación acumulada al 31 de diciembre de 2024 reportada, lo que denota falencias en la aplicación de lo establecido en el Manual de Políticas Contables A-GFI-MA-001 en el numeral 2.5.3. Esta situación puede estar causada por fallas en la parametrización del sistema mediante el cual se da aplicación del método de depreciación lineal al inventario; lo que genera riesgos relacionados con inexactitud en la valoración de los activos, y puede derivar en observaciones por parte de los entes de control.	La Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones realizará las actividades necesarias para que el nuevo software SYSMAN WEB realice el cálculo de la depreciación de forma sistematizada, eliminando el proceso manual.	Gestión TICs	Plan de mejoramiento auditorias internas	1%
PMAI-2025-130	Durante la evaluación de los sistemas de información financiera, se identificaron debilidades en la asignación de perfiles y permisos del sistema SYSMAN, no se observaron procedimientos formales que garanticen la aplicación de los principios de mínimo privilegio, segregación de funciones y trazabilidad efectiva en el uso de dicha información ni la implementación de políticas que permitan restringir el acceso a datos sensibles conforme las funciones o roles asignados. Esta situación desatiende los lineamientos adoptados mediante Resolución 500 de marzo 10 de 2021 del MINTIC, específicamente en los controles A.18.1.4, 1.3.3 y 2.3.2 del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPi), lo cual podría derivar en riesgos asociados a fallas en la implementación del régimen de protección de datos personales, así como posibilidad de observaciones por parte de entes externos de vigilancia y de control.	Actualizar procedimiento "A-GFI-PR-020 Solicitud de creación y control de usuarios sistemas financieros", con el fin de documentar puntos de control para la gestión de accesos en la herramienta SYSMAN, que incluyan la definición de roles y privilegios conforme al principio de mínimo privilegio y el régimen de protección de datos personales, así como mecanismos de segregación de funciones y trazabilidad de accesos a información sensible.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-131	Durante la evaluación de los sistemas de información financiera, se identificaron debilidades en la asignación de perfiles y permisos del sistema SYSMAN, no se observaron procedimientos formales que garanticen la aplicación de los principios de mínimo privilegio, segregación de funciones y trazabilidad efectiva en el uso de dicha información ni la implementación de políticas que permitan restringir el acceso a datos sensibles conforme las funciones o roles asignados. Esta situación desatiende los lineamientos adoptados mediante Resolución 500 de marzo 10 de 2021 del MINTIC, específicamente en los controles A.18.1.4, 1.3.3 y 2.3.2 del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPi), lo cual podría derivar en riesgos asociados a fallas en la implementación del régimen de protección de datos personales, así como posibilidad de observaciones por parte de entes externos de vigilancia y de control.	Validar y ajustar los roles y perfiles de acceso dentro de los sistemas de información del IDIPRON, con el fin de cumplir con el principio de mínimo privilegio, restringiendo el acceso a datos sensibles conforme las funciones o roles asignados	Gestión TICs	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-132	Revisados los saldos de las “Cuentas por Cobrar 13” y de los “Deudores 14”, se evidenció la falta de identificación de indicios, cálculo y reconocimiento del deterioro de Cuentas por Cobrar. Lo que denota falencias frente lo establecido en el Punto 5. Del Numeral “2.4 Medición Posterior de las Cuentas por Cobrar”, de las “Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos”, contenidas en el “Marco Normativo para Entidades de Gobierno”, así como lo dispuesto en el numeral “2.2.4. Reconocimiento y Medición del deterioro de las cuentas por cobrar” del “Manual de Políticas Contables” del IDIPRON, código A-GFI-MA-001; la causa probable de esta situación es la debilidad en los controles, generando así riesgos porque pudieran estar sobre estimados los saldos de las cuentas por cobrar, así como posibilidades de afectación de la razonabilidad de los estados financieros.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento “A-GFI-PR-019 Cobro de cartera”, con el fin de ajustarlo a la realidad del proceso e inculr acciones de seguimiento.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-133	Revisados los saldos de las “Cuentas por Cobrar 13” y de los “Deudores 14”, se evidenció la falta de identificación de indicios, cálculo y reconocimiento del deterioro de Cuentas por Cobrar. Lo que denota falencias frente lo establecido en el Punto 5. Del Numeral “2.4 Medición Posterior de las Cuentas por Cobrar”, de las “Normas para el Reconocimiento, Medición, Revelación y Presentación de los Hechos Económicos”, contenidas en el “Marco Normativo para Entidades de Gobierno”, así como lo dispuesto en el numeral “2.2.4. Reconocimiento y Medición del deterioro de las cuentas por cobrar” del “Manual de Políticas Contables” del IDIPRON, código A-GFI-MA-001; la causa probable de esta situación es la debilidad en los controles, generando así riesgos porque pudieran estar sobre estimados los saldos de las cuentas por cobrar, así como posibilidades de afectación de la razonabilidad de los estados financieros.	Solicitar a la Contaduría y/o a la Secretaria Distrital de Hacienda capacitación sobre cómo establecer los indicios de deterioro en los saldos por cobrar informados por otras dependencias y registrados en los estados financieros.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-134	El proceso no aportó copia de las conciliaciones de incapacidades por cobrar a las EPS, entre el área de Contabilidad y la Gerencia del Talento Humano, así como tampoco las evidencias de la conciliación de la Propiedad, Planta y Equipo, entre el Área de Contabilidad y la Gerencia de Recursos Físicos, para este último se suministraron reportes independientes los cuales, al ser cotejados, arrojaron una diferencia de \$5.337.974 en la depreciación acumulada del predio San Blas Economato, en efecto, se evidenciaron falencias en los controles al proceso contable establecidos en el Manual de políticas contables numeral 1.3.3.4, lo que pudo originarse por desconocimiento de los lineamientos vigentes o falta de articulación entre las dependencias, generando riesgos relacionados con fallas en la integralidad de la información y en la verificación del registro oportuno y adecuado de la totalidad de transacciones ocurridas.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento A-GFI-PR-016 Depuración de Acreedores, con el fin de fortalecer los controles y establecer conciliaciones de los saldos contables con las dependencias generadoras de información.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-135	El proceso no aportó copia de las conciliaciones de incapacidades por cobrar a las EPS, entre el área de Contabilidad y la Gerencia del Talento Humano, así como tampoco las evidencias de la conciliación de la Propiedad, Planta y Equipo, entre el Área de Contabilidad y la Gerencia de Recursos Físicos, para este último se suministraron reportes independientes los cuales, al ser cotejados, arrojaron una diferencia de \$5.337.974 en la depreciación acumulada del predio San Blas Economato, en efecto, se evidenciaron falencias en los controles al proceso contable establecidos en el Manual de políticas contables numeral 1.3.3.4, lo que pudo originarse por desconocimiento de los lineamientos vigentes o falta de articulación entre las dependencias, generando riesgos relacionados con fallas en la integralidad de la información y en la verificación del registro oportuno y adecuado de la totalidad de transacciones ocurridas.	Efectuar conciliaciones cada mes de los saldos contables de lo registrado por concepto de reconocimiento de incapacidades con Gestión Nómina, Gestión Contabilidad y Gestión Tesorería teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento "A-GFI-PR-016 Depuración de Acreedores" actividades 18, 19 y 20.	Gestión de Desarrollo Humano	Plan de mejoramiento auditorias internas	8%
PMAI-2025-136	Producto de la revisión realizada al documento de Activos Contingentes aportado por la Dirección Financiera, se identificaron 2 procesos civiles, 6 procesos administrativos, 4 procesos por sanciones disciplinarias y 1 proceso sancionatorio contractual, al 31 de diciembre de 2024, sin actualizar y con corte al 31 de marzo de 2025, la misma situación para 5 procesos administrativos sin actualizar, detectando así debilidad en el cumplimiento de lo definido en el numeral 2.13.5. Activos Contingentes del Manual de Políticas Contables y de las disposiciones contenidas en numeral 1.2.1. Análisis, verificaciones y ajustes del instructivo No. 001, del 16 de diciembre de 2024, emitido por la Contaduría General de la Nación; cuya causa probable puede ser la desatención o desconocimiento de los lineamientos y disposiciones vigentes, generándose riesgos relacionados con la sobre o subestimaciones en los saldos de activos contingentes y posibilidades de observaciones por parte de los entes externos de control.	Realizar una reunión trimestral de conciliación con la Gerencia Financiera, en la cual se socialice el estado actual de los procesos judiciales, administrativos, disciplinarios y sancionatorios que adelanta la Entidad enfocándose en los aspectos relacionados con el Manual de Políticas Contables.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-137	Efectuada la revisión de la información suministrada por el Área de Contabilidad referente a los Gastos Pagados por Anticipado, Peajes, se evidenció la existencia de saldos, con antigüedades que oscilan entre los 3 meses y los 5 años, sin que hayan adelantado acciones de legalización o depuración, lo que denota falencias en el cumplimiento de lo establecido en el Manual de Políticas contables numeral 2.9.2. y de lo establecido en el Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable, emitido por la Contaduría General de la Nación, que en el punto 3.2.15 Depuración contable permanente y sostenible; situación que puede estar causada por debilidad en los controles, desconocimiento o desatención de los lineamientos vigentes, generando riesgos asociados a la inexactitud de los registros de los Activos – Gastos Pagados por Anticipado y subestimación de los gastos por concepto de peajes, así como posibles observaciones de entes externos de control.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento ADMINISTRACIÓN DEL PARQUE AUTOMOTOR A-GSA-PR-003 en el cual se establezca el control de los saldos de peajes.	Gestión de Servicios Administrativos	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-138	Efectuada la revisión de la información suministrada por el Área de Contabilidad referente a los Gastos Pagados por Anticipado, Peajes, se evidenció la existencia de saldos, con antigüedades que oscilan entre los 3 meses y los 5 años, sin que hayan adelantado acciones de legalización o depuración, lo que denota falencias en el cumplimiento de lo establecido en el Manual de Políticas contables numeral 2.9.2. y de lo establecido en el Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable, emitido por la Contaduría General de la Nación, que en el punto 3.2.15 Depuración contable permanente y sostenible; situación que puede estar causada por debilidad en los controles, desconocimiento o desatención de los lineamientos vigentes, generando riesgos asociados a la inexactitud de los registros de los Activos – Gastos Pagados por Anticipado y subestimación de los gastos por concepto de peajes, así como posibles observaciones de entes externos de control.	Elaboración de plan de trabajo en el que se definan acciones que conduzcan a la legalización o depuración de los saldos de peajes (en lo que es competencia del proceso Servicios Administrativos).	Gestión de Servicios Administrativos	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-139	Como resultado de la inspección realizada a las modificaciones presupuestales de ingresos y gastos de las vigencias 2024 y primer trimestre 2025, se identificó que el cuerdo de Junta Directiva No. 002 del 21 de mayo de 2024 y el No. 009 del 29 de noviembre de 2024, únicamente contemplan la reducción en el gasto, sin contemplar la reducción en los ingresos. Lo anterior, puede ser causado por la ausencia de un procedimiento interno que contemple de manera integral las modificaciones presupuestales, debilidades los controles de elaboración y revisión de los actos administrativos de modificación, generando así riesgos asociados a inexactitudes o errores en los actos administrativos de modificación presupuestal, así como posibilidades de observaciones de entes externos de control.	Crear documento para documentar la gestión de las modificaciones presupuestales y fortalecer los controles internos en la elaboración y revisión de los actos administrativos de modificación presupuestal.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-140	Como resultado prueba de recorrido y revisión de la muestra de 35 certificados de disponibilidad presupuestal y 13 anulaciones, se identificaron solicitudes de disponibilidad presupuestal que no se encontraban diligenciadas en la fecha de trámite, la solicitud No. 1347, no se encuentra firmada por el solicitante, lo cual muestra debilidad en la ejecución de los puntos de control de las Actividades No. 2 y 3 del procedimiento Expedición y Modificación Certificado de Disponibilidad Presupuestal" (Código A-GFI-PR-001), por otra parte no se aportó copia de 5 de los certificados de Disponibilidad presupuestal y 3 solicitudes de expedición de CDPs solicitados, por tanto no fue posible la verificación de los mismos. De la muestra de 13 anulaciones, no se aportó evidencia de solicitud de anulación de acuerdo a la actividad No. 14 del procedimiento. Adicionalmente, durante el proceso auditor se evidenció que según lo explicado en las reuniones realizadas el procedimiento vigente no contempla algunas de las actividades actualmente ejecutadas, asimismo se evidenciaron actividades que ya no se realizan. Situaciones que pueden estar causadas por la falta de actualización del procedimiento y debilidad en los controles, ocasionando riesgos relacionados fallas en la trazabilidad de la expedición y anulación de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal, así como posibilidad de observaciones de entes externos	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento "A-GFI-PR-001 Expedición Disponibilidad presupuestal", con el fin de fortalecer los controles frente a la expedición, modificación y anulación de CDP.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-141	Como resultado de la prueba de recorrido e inspección de una muestra de 37 certificados de registro presupuestal y 25 anulaciones de CRP, se identificaron solicitudes de registro presupuestal que no se encontraban diligenciadas con la fecha de trámite, no se entregaron la totalidad de los soportes de las solicitudes de CRP seleccionados, ni de los soportes de las solicitudes de anulación de los CRP, lo que no permitió la verificación de la totalidad de la muestra. Adicionalmente, se observó una actividad descrita en el procedimiento que para la vigencia 2025, ya no es necesario de realizar. Lo que denota debilidades en el cumplimiento de lo establecido en el procedimiento EXPEDICIÓN Y MODIFICACIÓN DE REGISTROS PRESUPUESTALES A-GFI-PR-002, actividades 1, 16, 17, 18 ,19 y 29. Situaciones que pudieron originarse en la desactualización del procedimiento y/o debilidad en los controles, generándose riesgos relacionados con fallas en la trazabilidad de la expedición y anulación de los Certificados de Registro Presupuestal, así como posibilidad de observaciones de entes externos.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento A-GFI-PR-002 Expedición y modificación de registros presupuestales", con el fin de fortalecer los controles frente a la expedición, modificación y anulación de CRP.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-142	Como resultado de la prueba de recorrido de la ejecución de controles y actividades del procedimiento INFORME DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS Y GASTOS A-GFI-PR-004, se identificaron diferencias entre los valores de compromisos y giros reportados en los sistemas BOGDATA y SYSMAN para la vigencia 2024, evidenciando falencias en las actividades de control No. 3, 5 y 6, del procedimiento, no se aportaron evidencias que permitieran la verificación del cumplimiento de todas actividades de control del procedimiento, se evidencio también que el procedimiento contiene actividades 14 y 22 que no reflejan fielmente los flujos de información actuales; asimismo se encuentra descrito en registros, un sistema de información de la secretaria de hacienda que ya no se encuentran activo en las actividades No. 7, 10, 28. También se detectaron debilidades en la evaluación de las publicaciones en la página web; Lo anterior, representa debilidades en la ejecución del procedimiento y además de lo establecido en el artículo 3 de la Ley 1712 de 2014. Estas situaciones pueden estar originadas por debilidad en los controles y desactualización del procedimiento; generando así riesgos de incumplimiento normativo, presentación de informes con base en datos inconsistentes, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control y afectación reputacional.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento "A-GFI-PR-004 Informe de ejecución presupuestal de ingresos y gastos", con el fin de fortalecer los controles y ajustarlo conforme con la realidad del proceso, implementando mecanismos formales de conciliación y validación cruzada entre los sistemas BOGDATA y SYSMAN antes de la publicación de la información.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%
PMAI-2025-143	Realizada la inspección de evaluadas las evidencias allegadas, se observó que el proceso de Gestión Financiera carece de un normograma formalizado, actualizado que compile la normativa aplicable a sus funciones, se constató que el normograma general que desde la caracterización del proceso direcciona al publicado en la página web del Instituto, se encuentra desactualizado desde septiembre de 2022, sin incluir las disposiciones específicas que rigen al proceso de Gestión Financiera. Denotando así debilidades en el cumplimiento de lo establecido en numeral 6.1. del MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN S-SMG-MA-001 y el numeral 11 de las condiciones generales del MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS- Código S-SMG-MA-002; situación que puede estar causada por desconocimiento o fallas asignación formal de responsabilidades para la elaboración, seguimiento y actualización periódica del normograma del proceso; generándose riesgos relacionados con operación del proceso y toma de decisiones basadas en normas derogadas o inexactas, así como, posibilidad de incumplimientos normativos y de observaciones de parte de los entes externos de control.	Crear y publicar en página web de la entidad el normograma del proceso Gestión Financiera	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-144	Realizada la prueba de recorrido y evaluadas las evidencias allegadas, se evidenció que existen operaciones con la Bolsa Mercantil de Colombia (BMC) que, a pesar de haber finalizado su ejecución, no han sido sometidas al procedimiento de liquidación contractual y que, además, persisten saldos a favor del Instituto que no han sido solicitados para su liberación, evidenciando así falencias en el cumplimiento de lo indicado en el INSTRUCTIVO DE GIROS, PAGOS Y TERMINACIÓN DE OPERACIONES DE CONTRATO DE LA BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA, CÓDIGO A-GFI-IN-003, VERSIÓN 02, específicamente el numeral 9, "TERMINACIÓN DE LAS OPERACIONES". Situación que puede estar originada en falta de seguimiento y control por parte del supervisor del contrato y/o debilidad en los controles, generando así riesgos relacionados con la falta de oportunidad en la liberación de saldos y en la liquidación de los contratos, así como, posibilidades de observaciones de entes externos de control.	Emitir circular dirigida a los supervisores de los contratos de bolsa mercantil indicando los lineamientos establecidos para la liquidación de este tipo de contratos.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-145	Realizada la prueba de recorrido y evaluadas las evidencias allegadas, se evidenció que existen operaciones con la Bolsa Mercantil de Colombia (BMC) que, a pesar de haber finalizado su ejecución, no han sido sometidas al procedimiento de liquidación contractual y que, además, persisten saldos a favor del Instituto que no han sido solicitados para su liberación, evidenciando así falencias en el cumplimiento de lo indicado en el INSTRUCTIVO DE GIROS, PAGOS Y TERMINACIÓN DE OPERACIONES DE CONTRATO DE LA BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA, CÓDIGO A-GFI-IN-003, VERSIÓN 02, específicamente el numeral 9, “TERMINACIÓN DE LAS OPERACIONES”. Situación que puede estar originada en falta de seguimiento y control por parte del supervisor del contrato y/o debilidad en los controles, generando así riesgos relacionados con la falta de oportunidad en la liberación de saldos y en la liquidación de los contratos, así como, posibilidades de observaciones de entes externos de control.	Actualizar, oficializar y socializar el procedimiento A-GCO-PR-008 Liquidación Contractual con el fin de incluir lineamientos para la devolución de los saldos a favor de la entidad en los contratos de bolsa mercantil.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-146	Realizada la prueba de recorrido y evaluadas las evidencias allegadas, se evidenció que existen operaciones con la Bolsa Mercantil de Colombia (BMC) que, a pesar de haber finalizado su ejecución, no han sido sometidas al procedimiento de liquidación contractual y que, además, persisten saldos a favor del Instituto que no han sido solicitados para su liberación, evidenciando así falencias en el cumplimiento de lo indicado en el INSTRUCTIVO DE GIROS, PAGOS Y TERMINACIÓN DE OPERACIONES DE CONTRATO DE LA BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA, CÓDIGO A-GFI-IN-003, VERSIÓN 02, específicamente el numeral 9, “TERMINACIÓN DE LAS OPERACIONES”. Situación que puede estar originada en falta de seguimiento y control por parte del supervisor del contrato y/o debilidad en los controles, generando así riesgos relacionados con la falta de oportunidad en la liberación de saldos y en la liquidación de los contratos, así como, posibilidades de observaciones de entes externos de control.	Actualizar, oficializar y socializar el INSTRUCTIVO DE GIROS, PAGOS Y TERMINACIÓN DE OPERACIONES DE CONTRATO DE LA BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA, A-GFI-IN-003 con el fin de ajustarlo a la realidad del proceso.	Gestión Financiera	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-147	Realizada la prueba de recorrido y evaluadas las evidencias allegadas, se identificaron casos de convenios en los que la entidad perdió su competencia legal para liquidar contratos celebrados en el marco convenios y también de convenios, lo que denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido en el Instructivo SEGUIMIENTO FINANCIERO A CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS A-GFI-IN-009, VERSIÓN 4, NUMERAL 3.11 VIGENTE DESDE EL 04 DE OCTUBRE DE 2022, que obliga a “realizar la liquidación del mismo en los términos y tiempos previstos”. De forma no se cumple con lo dispuesto en la LEY 1150 DE 2007, ART. 11; situación que puede estar originada en la debilidad de los controles, generando riesgos asociados a que la entidad se obliga a que dichas liquidaciones deban ser resuelta por la vía judicial, así como posibilidad de observaciones de los entes externos de control.	Actualizar y socializar el procedimiento M-PSS-PR-001 GESTIÓN, ESTRUCTURA Y DESARROLLO DE CONVENIOS para dar a conocer puntos de control específicos que garanticen la verificación del cumplimiento de la liquidación en Iso terminos establecidos por ley.	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-148	Realizada la prueba de recorrido y evaluadas las evidencias allegadas, se identificaron casos de convenios en los que la entidad perdió su competencia legal para liquidar contratos celebrados en el marco convenios y también de convenios, lo que denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido en el Instructivo SEGUIMIENTO FINANCIERO A CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS A-GFI-IN-009, VERSIÓN 4, NUMERAL 3.11 VIGENTE DESDE EL 04 DE OCTUBRE DE 2022, que obliga a “realizar la liquidación del mismo en los términos y tiempos previstos”. De forma no se cumple con lo dispuesto en la LEY 1150 DE 2007, ART. 11; situación que puede estar originada en la debilidad de los controles, generando riesgos asociados a que la entidad se obliga a que dichas liquidaciones deban ser resuelta por la vía judicial, así como posibilidad de observaciones de los entes externos de control.	Elaborar Acto administrativo de los 10 contratos que perdieron competencia en el cual se hará el cierre contractual y se liberan los recursos a los que haya lugar.	Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico Institucional	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-149	Se evidenció que la Política Ambiental Institucional, documentada en el Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA 2025–2028, Versión 6, vigente desde el 10 de enero de 2025, no ha sido publicada en el sitio web institucional, no articula de manera explícita los objetivos a largo y mediano plazo, metas cuantificables, compromiso financiero, ni su integración con la Política de Gestión y Desempeño Institucional; lo que denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido en la Guía Técnica para la Formulación del PIGA, conforme a la Resolución 3179 de 2023 de la Secretaría Distrital de Ambiente. Esta situación puede obedecer a desconocimiento u omisión en la implementación integral de los lineamientos técnicos exigidos para la formulación y divulgación de la política ambiental, generando así, riesgos de incumplimiento normativo, posibilidad de afectación de la sostenibilidad del plan y de observaciones de entes externos.	Oficializar y publicar en la página web de la entidad la Política Ambiental que se encuentra dentro del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA.	Gestión Ambiental	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-150	El Manual de Operaciones del Proceso de Gestión Ambiental, Código GAM-MA-004, Versión 01, vigente desde el 26 de mayo de 2023, fue diseñado y socializado como instrumento orientador del proceso, no obstante, se observó que no incorpora la Resolución 03179 de 2023, mediante la cual se adopta la guía técnica para la formulación del Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA) y se establecen lineamientos actualizados para su concertación, implementación, evaluación, control y seguimiento, en concordancia con el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura 2024–2027”. Esta situación, sumada a la permanencia de referencias a la Resolución 00242 de 2014 derogada expresamente por el artículo 17 de la Resolución 3179 de 2023, lo que evidencia una falta de actualización técnica del documento, limitando su aplicabilidad operativa, coherencia con los instrumentos de planificación distrital y normatividad vigente, generándose riesgos asociados a falencias en la operación de proceso y posibilidad de observaciones de entes externos.	Actualizar, oficializar y socializar, el Manual de Operaciones del Proceso de Gestión Ambiental, ajustándolo a la normatividad vigente.	Gestión Ambiental	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-151	En verificación del Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA 2024–2028, Código A-GAM-DI 001, Versión 06, y en concordancia con los lineamientos establecidos en la Resolución 03179 de 2023, se evidenció que, si bien el documento incorpora avances estructurales, no se pudo validar el desarrollo de requisitos clave. En particular, el diagnóstico ambiental institucional carece de una aplicación explícita del ciclo PHVA y de análisis causal, lo que desatiende parcialmente el enfoque metodológico exigido (Art. 5, Numeral. 1). Asimismo, no se presenta el plan de acción anual con cronograma, responsables ni medios de verificación, contraviniendo el requisito de planificación operativa por vigencia (Art. 5, Numeral. 9). En cuanto a la reducción de Elementos Plásticos de un Solo Uso (EPSU), se identificó una formulación normativa general sin acciones, metas ni indicadores específicos, lo que limita su operatividad (Art. 5, Numeral. 10). Finalmente, aunque se mencionan herramientas como STORM y MIPG, no se registra el tablero de control, alertas ni mecanismos de retroalimentación interna, por ende no se evidencia el componente de seguimiento y mejora continua (Art. 5, Numeral. 15). Situaciones que pueden estar causadas por desconocimiento o desatención de los requisitos vigentes; situación que deriva en riesgos asociados a falencias en la formulación, ejecución y seguimiento del PIGA.	Formular dentro del Plan de Acción del proceso, acciones asociadas al seguimiento de actividades del PIGA: (Reducción de Elementos Plásticos de un Solo Uso (EPSU) y seguimiento y retroalimentación por parte de la Gerencia Administrativa).	Gestión Ambiental	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-152	En análisis del formato A-GAM-FT-025 – Matriz de Identificación, Evaluación y Control de Aspectos e Impactos Ambientales versión No. 1, vigente desde el 05/08/2022, se observaron debilidades en cuanto a la utilización de calificación normativa estándar sin detallar resoluciones o permisos específicos, acciones de control generales que no incluyen indicadores de desempeño, aspectos críticos como consumo energético y uso de tóner calificados como de significancia baja o media, lo que desatiende la norma ISO 14001:2015 Cláusula 6.1.2 “Subvaloración del impacto ambiental real”; Cláusula 6.1.3. “Definición incompleta de planes de acción”, y del Decreto 1076 de 2015, por falta de actualización normativa detallada, causando dificultad para medir efectividad de las medidas implementadas y generando un posible riesgo de incumplimiento legal y posibilidad de observaciones de entes externos.	Actualizar, oficializar y socializar, el procedimiento Identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales A-GAM-PR-001 ajustándolo conforme al instructivo “Diligenciamiento de la Matriz de Identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales” suministrado por la Secretaría Distrital de Ambiente - SDA.	Gestión Ambiental	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-153	Una vez revisado el segundo seguimiento a los planes de mejoramiento de la vigencia 2025, se evidencia el incumplimiento de la actividad código: PMSDA-2022-037, se encuentra vencida y sin reporte de avance para el ultimo seguimiento realizado por parte de la OCI, lo que denota falencias en el cumplimiento del numeral 5.3. del MANUAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO S-SMG-MA-004, situación que puede estar causada por fallas en la aplicación de controles de primera línea, pudiendo impactar negativamente la mejora continua del proceso y genera posibilidades de observaciones de entes externos.	Realizar seguimiento mensual por parte de la Gerencia de Recursos Físicos a la correcta y oportuna ejecución de las acciones definidas en los planes de mejoramiento que se encuentran a cargo del proceso Gestión de Adecuación y Mantenimiento de Bienes.	Gestión de Adecuación y Mantenimiento de Bienes	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-154	Como resultado de la evaluación de oportunidad en la respuesta de las PQRSD, recibidas en el primer semestre del 2025, se detectaron cuatro (4) respuestas que fueron emitidas fuera de términos, lo que indica falencias en el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1755 de 2015 en su artículo 14, situación que puede estar causada por debilidades en los controles, ocasionando así riesgos asociados al incumplimiento de los términos de ley para la gestión de peticiones ciudadanas y posibilidad de observaciones de entes externos.	Crear un tablero de control para que los procesos de apoyo realicen el seguimiento de los requerimientos que ingresen por CORDIS y el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas - Bogotá te Escucha	Servicio a la Ciudadanía	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-155	Como resultado de la evaluación de oportunidad en la respuesta de las PQRSD, recibidas en el primer semestre del 2025, se detectaron cuatro (4) respuestas que fueron emitidas fuera de términos, lo que indica falencias en el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1755 de 2015 en su artículo 14, situación que puede estar causada por debilidades en los controles, ocasionando así riesgos asociados al incumplimiento de los términos de ley para la gestión de peticiones ciudadanas y posibilidad de observaciones de entes externos.	Actualizar el Procedimiento ATENCIÓN A REQUERIMIENTOS Y DENUNCIAS CIUDADANAS A TRAVÉS DEL SISTEMA DISTRITAL PARA LA GESTIÓN DE PETICIONES CIUDADANAS - BOGOTÁ TE ESCUCHA E-SCI-PR-001 para incluir el tablero de control y seguimiento requerimientos CORDIS y Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas - Bogotá te Escucha procesos de apoyo	Servicio a la Ciudadanía	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-156	Como resultado de la evaluación de oportunidad en la respuesta de las PQRSD, recibidas en el primer semestre del 2025, se detectaron cuatro (4) respuestas que fueron emitidas fuera de términos, lo que indica falencias en el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1755 de 2015 en su artículo 14, situación que puede estar causada por debilidades en los controles, ocasionando así riesgos asociados al incumplimiento de los términos de ley para la gestión de peticiones ciudadanas y posibilidad de observaciones de entes externos.	Realizar seguimientos a la implementación del formato "tablero de control y seguimiento de los requerimientos que ingresen por CORDIS y el Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas - Bogotá te Escucha" creado por Servicio a la Ciudadanía, con el fin de dar cumplimiento oportuno a las peticiones.	Gestión Contractual	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-157	Como resultado de la evaluación de oportunidad en la respuesta de las PQRSD, recibidas en el primer semestre del 2025, se detectaron cuatro (4) respuestas que fueron emitidas fuera de términos, lo que indica falencias en el cumplimiento de lo establecido en la Ley 1755 de 2015 en su artículo 14, situación que puede estar causada por debilidades en los controles, ocasionando así riesgos asociados al incumplimiento de los términos de ley para la gestión de peticiones ciudadanas y posibilidad de observaciones de entes externos.	Realizar seguimiento al 100% de PQRSD recibidas por la Oficina Jurídica, en el "Tablero de Control y Seguimiento de Requerimientos", que implementará el proceso de Servicio a la Ciudadanía.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-158	De conformidad con la revisión de actas de comité de conciliación, se observó que durante el primer semestre de 2025, se celebraron 10 sesiones, para los meses enero, febrero y junio no se identifican las certificaciones de reuniones no celebradas o desarrolladas por no existir temas para discutir en el marco de las sesiones de comité, o la convocatoria y celebración de las sesiones que mínimamente deben ser adelantadas durante un mes calendario. Lo que puede estar originado en debilidad en los controles. Situación que denota debilidades en el cumplimiento de los numerales 2 y 3 del artículo 214 del Decreto 479 de 2024, lo que genera posibilidades de incidencias disciplinarias y de observaciones de entes externos.	Diseñar e implementar un mecanismo formal de control periódico (matriz) en el que se verifique el cumplimiento de las sesiones del comité y el registro correspondiente (acta o certificación de no realización).	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-159	De conformidad con la revisión de actas de comité de conciliación, se observó que durante el primer semestre de 2025, se celebraron 10 sesiones, para los meses enero, febrero y junio no se identifican las certificaciones de reuniones no celebradas o desarrolladas por no existir temas para discutir en el marco de las sesiones de comité, o la convocatoria y celebración de las sesiones que mínimamente deben ser adelantadas durante un mes calendario. Lo que puede estar originado en debilidad en los controles. Situación que denota debilidades en el cumplimiento de los numerales 2 y 3 del artículo 214 del Decreto 479 de 2024, lo que genera posibilidades de incidencias disciplinarias y de observaciones de entes externos.	Actualización procedimiento del comité de conciliación A-GJU-PR-007 VR 01 adicionando un punto de control y registro, en el cual se incluya la obligatoriedad de la citación a los miembros del comité por medio de correo electronico pese a que se manifieste que no existen temas a tratar .	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-160	Realizada la inspección de la información recibida, no se pudo validar la aprobación en el primer trimestre del año de el plan de acción anual del Comité de Conciliación, de conformidad con los lineamientos contenidos en el Documento especializado N°. 17 de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado lo cual denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido artículo 215, numeral 1 del Decreto 479 de 2024; situación que puede estar causada por desconocimiento o debilidades en los controles que permitan la aplicación de la norma citada, generándose riesgos por la inadecuada o inoportuna gestión del comité.	Diseñar, oficializar y socializar un protocolo interno que incluya un cronograma anual de obligaciones del Comité de Conciliación, incorporando específicamente la fecha límite para la aprobación del Plan de Acción Anual, así como el responsable de su presentación, aprobación y registro.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-161	Realizada la inspección de la información recibida, no se pudo validar la aprobación en el primer trimestre del año de el plan de acción anual del Comité de Conciliación, de conformidad con los lineamientos contenidos en el Documento especializado N°. 17 de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado lo cual denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido artículo 215, numeral 1 del Decreto 479 de 2024; situación que puede estar causada por desconocimiento o debilidades en los controles que permitan la aplicación de la norma citada, generándose riesgos por la inadecuada o inoportuna gestión del comité.	Actualización procedimiento del comité de conciliación A-GJU-PR-007 VR 01 incluyendo el punto de control, donde se registre la obligatoriedad de la aprobación en el primer trimestre del año del plan de acción anual.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-162	En lo que corresponde al primer semestre de 2025, no se pudo validar la aprobación en el primer bimestre del año del Plan Anual de Acciones de Recuperación del Patrimonio Público, lo cual denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido artículo 164, numeral 6 del Decreto 479 de 2024; situación que puede estar causada por desconocimiento o debilidades en los controles que permitan la aplicación de la norma citada, generando posibilidades de incidencias disciplinarias y de observaciones de entes externos.	Elaborar un cronograma en el que se incorpore la aprobación del Plan Anual de Acciones de Recuperación del Patrimonio Público como actividad obligatoria	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%

TABLERO RESUTADOS SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO VIGENCIA 2025 - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS IINTERNAS IDIPRON

CÓDIGO DE ACCION	HALLAZGO / BRECHA IDENTIFICADA / SITUACION IDENTIFICADA	ACCIÓN FORMULADA	PROCESO RESPONSABLE	FUENTE / AUDITORIA	% DE CUMPLIMIENTO
PMAI-2025-163	En lo que corresponde al primer semestre de 2025, no se pudo validar la aprobación en el primer bimestre del año del Plan Anual de Acciones de Recuperación del Patrimonio Público, lo cual denota debilidad en el cumplimiento de lo establecido artículo 164, numeral 6 del Decreto 479 de 2024; situación que puede estar causada por desconocimiento o debilidades en los controles que permitan la aplicación de la norma citada, generando posibilidades de incidencias disciplinarias y de observaciones de entes externos.	Actualización procedimiento del comité de conciliación A-GJU-PR-007 VR 01 incluyendo el punto de control y el registro, donde se incluya la aprobación en el primer trimestre del año del Plan Anual de Acciones de Recuperación del Patrimonio Público.	Gestión Jurídica	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-164	Para el corte de 30 de junio de 2025, el IDIPRON cuenta con cinco (5) cargos de Máximo Nivel Decisorio (MND), de los cuales solo uno (1) está ocupado por una mujer y cuatro (4) por hombres, lo que representa una participación femenina del 20%, lo que denota debilidades en la observancia de lo que indica la Ley 581 de 2000, en la cual se establece que un mínimo del 30% de los cargos de Máximo Nivel Decisorio (MND) en las entidades públicas deben ser ocupados por mujeres, esta situación puede esta originada a la debilidad en los controles, desconocimiento o desatención a la normatividad vigente, generando riesgos de incumplimiento normativo, así como la posibilidad de observaciones por parte de entes externos de control.	Conformar un banco de hojas de vida de mujeres candidatas a desempeñar cargos de máximo nivel decisorio y otros niveles decisorios.	Dirección General	Plan de mejoramiento auditorias internas	0%
PMAI-2025-165	Para el corte de 30 de junio de 2025, el IDIPRON cuenta con cinco (5) cargos de Máximo Nivel Decisorio (MND), de los cuales solo uno (1) está ocupado por una mujer y cuatro (4) por hombres, lo que representa una participación femenina del 20%, lo que denota debilidades en la observancia de lo que indica la Ley 581 de 2000, en la cual se establece que un mínimo del 30% de los cargos de Máximo Nivel Decisorio (MND) en las entidades públicas deben ser ocupados por mujeres, esta situación puede esta originada a la debilidad en los controles, desconocimiento o desatención a la normatividad vigente, generando riesgos de incumplimiento normativo, así como la posibilidad de observaciones por parte de entes externos de control.	Implementar como medidas de control y alerta, el envío de correos electrónicos a Dirección, que permitan al nominador tomar acciones en caso de que se presente una vacante en el máximo nivel decisorio y otros niveles decisorios para el cumplimiento normativo de la Ley de Cuotas (Ley 2424 de 2024 y Ley 581 de 2000)	Gestión de Desarrollo Humano	Plan de mejoramiento auditorias internas	100%