CUENTA DE COBRO REGIMEN SIMPLIFICADO

Documento Equivalente a Factura, (Art.3 Dec.522 de 2003)

Ciudad y Fecha:	Cartagena de Indias, 01 de Julio de 2026	Cuenta Cobro No.	5

PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA
NIT. 806.000084-2

DEBE A:

MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES
IDENTIFICACIÓN No. 1193047403

LA SUMA DE:
$4,000,000
Cuatro Millones de pesos 00 M/CTE

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO ABOGADA Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO. .

Desembolso No.	5	Periodo reportado:	Del 01 de Junio al 30 de Junio del 2026

Entidad Bancaria:	BANCO DAVIVIENDA SA	Tipo de Cuenta:	AHORRO
Cuenta Bancaria No.	488451995556	Títular de la Cuenta:	MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES



Escaneado con CamScanner

MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES
1193047403

PERSONERIA	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	Código: GA-F-005
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Versión: 2
	FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES	Fecha de aprobación (d/m/a): 22/04/2016

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.9081054	
OBJETO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO ABOGADA Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO.
VALOR DEL CONTRATO	$ 20000000
PLAZO DE EJECUCION	5
FECHA FIRMA CONTRATO	29 de Enero del 2026
FECHA INICIO CONTRATO	01 de Febrero del 2026
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION:	1193047403
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES
VALOR PAGO PARCIAL:	4000000
PERIODO DE ACTIVIDADES:	Del 01 de Junio al 30 de Junio del 2026

ACTIVIDADES REALIZADAS

No.	Radicado	Fecha	Nombre de la Actividad	Asunto	Descripcion
1	260630119304740318712O	2026-06-19	PROYECCION DE OFICIOS		PROYECCION OFICIO DE JURIDICA
2	260630119304740318712Z	2026-06-26	ELABORACION DE ACTAS DE REUNION		ACTA DE CERRE DE AUDITORIA DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO 2026
3	260630119304740318712A	2026-06-04	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		ELABORACION DEL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
4	260630119304740318712E	2026-06-26	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		ELABORACION DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA DE GESTION DOCUMENTAL 2026
5	260630119304740318712I	2026-06-16	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		APOYO EN EL INFORME DE RIESGO PRIMER SEMESTRE
6	260630119304740318713O	2026-06-03	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		ELABORACION DE LA PRESENTACION DEL COMITE DE CONTROL INTERNO
7	260630119304740318713Q	2026-06-08	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		APOYO EN LA PROYECCION DE LA RESULACION DE PACM
8	260630119304740318713S	2026-06-03	ELABORACION DE DOCUMENTO (INFORME, MANUEL, PROCEDIMIENTOS, CONCEPTOS, FORMATOS, ENTRE OTROS)		ELABORACION DE ACTA



Escaneado con CamScanner

MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES
1193047403

Cartagena de Indias, 01 de Julio del 2026

CERTIFICADO DE REVISION DE CUENTAS DE COBRO

Luego de la revisión en la cuenta de cobro para el(a) contratista MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES, identificado(a) con cedula de ciudadania No. 1193047403, con el contrato de servicios No. CO1.PCCNTR.9081054 en su cuota No. 5 encontramos:

1. La documentación anexada se encuentra dentro de los lineamientos jurídicos y legales que se exigen para su pago.

2. El pago de su seguridad social fue verificado en la plataforma de liquidación.

3. El pago de la seguridad social está bajo las condiciones de ley; el IBC es igual o superior al 40% de la cuota del contrato.

4. Se evidencia y verifica el pago a los aportes parafiscales de salud, pension y ARL.

5. Se verifica que el periodo de pago de la seguridad social es el correcto y coincide con el periodo de las actividades.

6. Se verifica que la cuenta ya cumplió con su periodo de actividades.

CONCLUSION: LA CUENTA DE COBRO SE ENCUENTRA EN ESTADO VIABILIZADO PARA LA SUPERVISION DE ACTIVIDADES.

Revisó,



LUIS EDUARDO PALOMARES AMADOR
73138667

INFORME DE CONTROL TÉCNICO, ADMINISTRATIVO, FINANCIERO, CONTABLE, Y JURÍDICO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO.	
1. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y JURÍDICA DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.9081054	
1.1 Lugar y fecha de suscripción:	Cartagena de Indias, 29 de Enero del 2026
1.2 Tipo de Contrato:	Prestación de servicios
1.3 Contratista:	Nombre: MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES CC/NIT: 1193047403
1.4 Contratante:	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA NIT: 806000084-2
1.5 Supervisor:	Nombre: ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA
1.6 Objeto:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORAL POR PARTE DEL CONTRATISTA COMO ABOGADA Y DE CONFORMIDAD A LA EXPERIENCIA E IDONEIDAD REQUERIDAS POR LA PERSONERÍA DISTRITAL DE CARTAGENA PARA ACTIVIDADES MISIONALES Y/O ADMINISTRATIVAS REQUERIDAS POR EL ÁREA DE OFICINA DE CONTROL INTERNO O LA DELEGADA, OFICINA O DEPENDENCIA A LA QUE SEA ASIGNADO PARA APOYO.
1.7 Plazo:	5
1.8 Plazo Otro Si:	
1.9 Polizas:	
1.10 Fecha de Inicio:	01 de Febrero del 2026
2. INFORMACIÓN FINANCIERA Y CONTABLE DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.9081054	
2.1 CDP No:	CDP20261
2.2 CDP OTROS SI No:	
2.3 CRP No:	RP2026119
2.4 CRP OTRO SI No:	
2.5 Valor del contrato:	$ 20000000
2.6 Valor del Otro SI:	$
2.7 Valor parcial:	$ 4000000
3. CONTROL DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO No. CO1.PCCNTR.9081054	
El suscrito Supervisor, por medio del presente informe certifica que ha revisado a través del sistema SIAP y/o SECOP II el informe de actividades presentado por el contratista y los soportes de estas, para acreditar el cumplimiento del objeto contractual durante el periodo de ejecución comprendido entre Del 01 de Junio al 30 de Junio del 2026 y que dicho informe de actividades satisface el cumplimiento las obligaciones contraídas en el Contrato, por lo que se reciben a satisfacción. Así mismo se informa, que el Contratista anexó a través del sistema SIAP y/o SECOP II su factura o cuenta de cobro con la documentación exigida para el trámite de pago, la cual fue objeto de verificación por la Dirección Administrativa de la Personería de Cartagena, respecto a la información financiera, periodos de pago y de seguridad social del contratista.	

Conforme con lo anterior, se expide el presente informe para el pago de los servicios prestados, el 01 de Julio del 2026.



ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA
22793867

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **09/04/2025**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1193047403**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**488451995556**
Fecha de apertura	**07/04/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1193047403	0	MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	BARRIO BOSQUE DG 19 N52 41		3024643003			CAMIVALENCIA0210@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-06	2026-06	37493791	I	2026-07-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	912.100	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37493791	2026-07-02	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1193047403	VALENCIA MANJARRES MARIA CAMILA	2.940.000																	0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	2.940.000	470.400	0	0	FAMILIAR DE COLOMBIA-CCFC33	2.940.000	367.500	COMPENSAR-CCF24	2.940.000	58.800	2.940.000	15.400	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	912.100	N	1841201

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1193047403	0	MARIA CAMILA VALENCIA MANJARRES	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	BARRIO BOSQUE DG 19 N52 41		3024643003			CAMIVALENCIA0210@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-06	2026-06	37493791	I	2026-07-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	912.100	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	37493791	2026-07-02	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
2.940.000	2.940.000	2.940.000	2.940.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	470.400	0	0	0	470.400
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	470.400	0	0	0	470.400
EPS(Administradoras: 1)				1	367.500	0	0	0	367.500
FAMILIAR DE COLOMBIA	CCFC33	901543761	5	1	367.500	0	0	0	367.500
ARP(Administradoras: 1)				1	15.400	0	0	0	15.400
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	15.400	0	0	0	15.400
CCF(Administradoras: 1)				1	58.800	0	0	0	58.800
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	1	58.800	0	0	0	58.800
Gran Total					912.100	0	0	0	912.100

Cartagena de indias, 19 de junio 2026

Doctor:
ALVARO PALOMINO GELES
Jefe de oficina jurídica

Asunto: Seguimiento a PQRSDF en el Sistema SIAP – Oficina de Control Interno

En cumplimiento de las funciones de evaluación independiente y seguimiento asignadas a la Oficina de Control Interno, nos permitimos informar que, a partir del día 22 de junio de 2026, se iniciará la revisión de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones (PQRSDF) registradas en el Sistema de Información de Atención al Público – SIAP.

El alcance de esta verificación comprende el análisis de las PQRSDF correspondientes al período comprendido entre el 1 de enero de 2026 y el 30 de junio de 2026, con el propósito de realizar seguimiento a su estado, oportunidad de respuesta, trazabilidad y cumplimiento de los términos establecidos en la normatividad vigente, en especial lo señalado en la Ley 1755 de 2015 y demás disposiciones aplicables.

Como resultado de esta actividad, la Oficina de Control Interno elaborará el respectivo informe de seguimiento a PQRSDF, el cual deberá ser publicado en la página web institucional a más tardar el día 15 de julio de 2026, en cumplimiento de los principios de transparencia y acceso a la información pública.

El presente oficio se remite para su conocimiento previo, con el fin de facilitar la articulación interinstitucional y garantizar la disponibilidad de la información requerida durante el desarrollo del proceso de seguimiento.

Agradecemos de antemano su colaboración para el adecuado desarrollo de esta actividad.
Cordialmente,

Anselma Patricia Aranza Peralta
Jefe de Oficina de Control Interno

Proyectado por: María Camila Valencia

FECHA: 26 DE JUNIO 2026	HORA: 10:00am	PROXIMA REUNION:

LUGAR: PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: MARIA CAMILA VALENCIA

PROCESO: GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO

OBJETIVO: Hacer lectura del informe preliminar del proceso de gestión Documental y archivo con las oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la Entidad.
.

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	JEFE DE OFICINA DE CONTROL INTERNO
JANNY AGUAS RODRIGUEZ		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PERSONERIA AUXILIAR
HENRY NAVAS COLON		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PU
ENITH TORREGLOSA LEMUS		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PE OCI
SAUL CORREA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	PU OCI
MARGARITA ROSA JOHNSON		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CONTRATISTA
MARIA CAMILA VALENCIA		PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	CONTRATISTA

ORDEN DEL DÍA

1. Control de asistencia
2. Agradecimiento
3. Hechos relevantes
4. Informe preliminar de auditoria
5. Plan de mejoramiento
6. Compromiso

DESARROLLO

1. **ASISTENCIA**

La reunión de cierre conto con los siguientes funcionarios

Por parte del proceso auditado: **JANNY AGUAS RODRIGUEZ**
PERSONERIA AUXILIAR
Líder del proceso
HENRY NAVAS COLON
Profesional Universitario

Por parte del auditor: **ANSELMA PATRICIA ARANZA**
Jefe oficina Asesora Control Interno
ENITH TORREGLOSA LEMUS
Líder de la Auditoria
MARGARITA ROSA JOHNSON
MARIA CAMILA VALENCIA
Auditoras Acompañantes

2. **AGRADECIMIENTO:**

Se agradeció al líder del proceso en mención y al equipo de trabajo que lo conforman, por la atención brindada al recibir esta auditoría interna basada en riesgo.

3. **HECHOS RELEVANTES**

El auditor presenta los hechos más relevantes como (Fortalezas y Debilidades) y las observaciones encontradas en el desarrollo de la auditoria, el cual se realiza la lectura de cada uno de ellos.

4. **INFORME PRELIMINAR DE LA AUDITORIA**

Se inicia la lectura y explicación de cada una de los ítems encontrados en la auditoría interna basada en riesgo.

La auditoría se realizó de manera presencial desde las fechas establecidas en el plan de auditoría del proceso.

Se inicia mencionando fortalezas, debilidades y hallazgos registradas en el informe preliminar presentado por el equipo auditor.

HALLAZGO N.º 1 – Debilidad en la articulación del Plan Institucional de Capacitación con el componente de Gestión Documental

HALLAZGO N.º 2 – Insuficiencia de infraestructura, capacidad instalada y condiciones de almacenamiento del Archivo Central

HALLAZGO N.º 3 – Debilidades en la ejecución, seguimiento y articulación del PINAR, SIC y TVD

HALLAZGO N.º 4 – Debilidades en la implementación operativa de la Política de Gestión Documental

5. **PLAN DE MEJORAMIENTO**

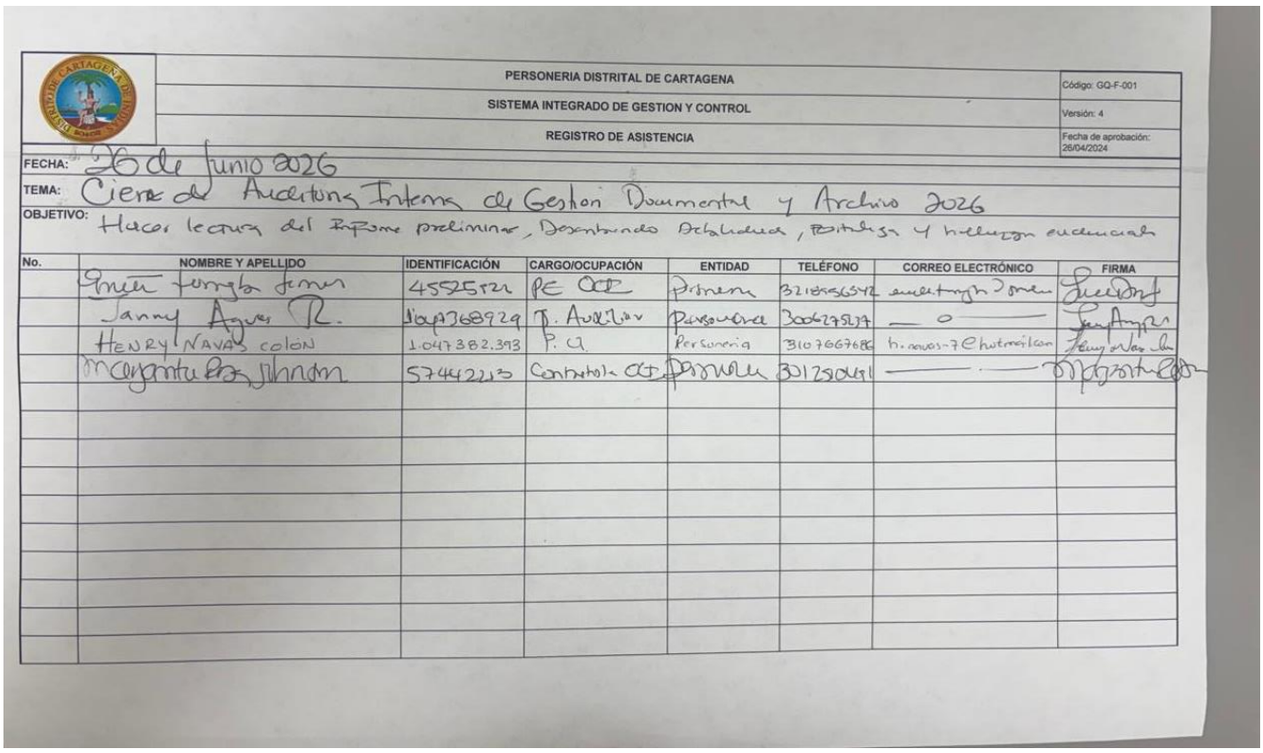
Una vez recibido el informe, la entidad contará con un plazo de tres (3) días hábiles para presentar las observaciones u objeciones que considere pertinentes. Vencido este término sin que se hayan formulado comentarios, el informe se entenderá aceptado en su totalidad y se procederá a su expedición como informe definitivo.
Y se enviara el plan de mejoramiento en la plataforma SIGPER.

6. **COMPROMISO**

Remitir el informe preliminar al líder del proceso correspondiente, con el fin de que realice la revisión y formule las observaciones a que haya lugar dentro del término establecido. Así mismo, elaborar y distribuir el acta de cierre de la auditoría a los participantes de la reunión, dejando constancia de los aspectos tratados, compromisos adquiridos y su respectiva aceptación por parte de los asistentes.

COMPROMISOS		
Actividad	**Responsable**	**Fecha**
Enviar acta de cierre de auditoria – informe preliminar y informe definitivo de la auditoria de GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO	Anselma Patricia Aranza Peralta	26 de junio 2026

Se dio por terminada esta actividad, habiéndose desarrollado los temas contenidos en esta acta y comprometiéndose las partes a cumplir con los compromisos adquiridos en la misma.



PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA — Código: GQ-F-001
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION Y CONTROL — Versión: 4
REGISTRO DE ASISTENCIA — Fecha de aprobación: 26/04/2024

FECHA: 26 de junio 2026
TEMA: Cierre de Auditoria Interna de Gestion Documental y Archivo 2026
OBJETIVO: Hacer lectura del Informe preliminar, Desarrollado Debilidades, Fortalezas y Hallazgos encontrados

No.	NOMBRE Y APELLIDO	IDENTIFICACIÓN	CARGO/OCUPACIÓN	ENTIDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
	Ingrid Forero Jimenez	45525121	PE OCI	Personeria	3218956542	auditoriajuridica@	
	Janny Agudelo R.	1047368929	T. Auditor	Personeria	3006278737	— o —	
	HENRY NAVAS COLÓN	1.047382.393	P. U.	Personeria	3107667686	h.navas7@hotmail.com	
	Margarita Rosa Johnson	57442273	Contratista OCI	Personeria	3012904911	—	

Personería Distrital de Cartagena de Indias

PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 2
1. OBJETIVO 2
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3
2. ALCANCE 3
3. MARCO NORMATIVO 3
4. ESTRUCTURA DEL PAMC 4
4.1 Seguimiento Continuo 6
4.2 Evaluaciones Internas 6
4.3 Evaluaciones Externas 7
4.4 Indicadores del PAMC 8
4.5 Seguimiento y Mejora 9
5. RESPONSABLES, ACTIVIDADES, PERIODICIDAD Y EVIDENCIAS DEL PAMC 10
6. PROCEDIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PAMC 11
7. BATERÍA DE INDICADORES DEL PAMC 13
8. CONCLUSIONES 15
9. RECOMENDACIONES 16
10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN 17
11. CONTROL DE CAMBIOS 17

INTRODUCCIÓN

El Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad (PAMC) responde a la necesidad de fortalecer, estandarizar y evaluar de manera permanente la calidad de la actividad de auditoría interna en la Personería Distrital de Cartagena de Indias. Su formulación atiende los desafíos actuales en materia de control, transparencia, mejora institucional y cumplimiento de las disposiciones aplicables al ejercicio de la auditoría interna en el sector público.

Su implementación se justifica en la medida en que permite asegurar que los trabajos de auditoría se desarrollen con criterios de calidad, oportunidad, consistencia técnica, independencia, objetividad y generación de valor. En consecuencia, favorece una mayor confianza institucional, fortalece los procesos de seguimiento, facilita la identificación oportuna de oportunidades de mejora y contribuye al robustecimiento del Sistema de Control Interno.

La finalidad del programa es consolidar un esquema sistemático de evaluación, seguimiento y mejora continua que permita verificar la conformidad de la actividad de auditoría interna con el marco normativo y metodológico aplicable, así como fortalecer su aporte al desempeño institucional.

Para tal efecto, el PAMC se desarrollará mediante una metodología basada en actividades de seguimiento continuo, evaluaciones internas periódicas, evaluaciones externas cuando corresponda, revisión de productos de auditoría, medición de indicadores y formulación de acciones de mejora, con enfoque preventivo, correctivo y de fortalecimiento progresivo de la función auditora.

1. OBJETIVO

Establecer e implementar el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la actividad de auditoría interna de la Personería Distrital de Cartagena de Indias, con el fin de asegurar el cumplimiento de las disposiciones normativas y los estándares profesionales aplicables, promover la mejora continua del proceso auditor, fortalecer la credibilidad, eficacia y oportunidad del control interno, y garantizar que la auditoría interna agregue valor a la gestión institucional mediante evaluaciones sistemáticas, seguimiento permanente y acciones de mejoramiento orientadas al desempeño y a la generación de resultados.

1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar de manera periódica la conformidad del proceso de auditoría interna con el marco normativo vigente, la Guía de Auditoría para Entidades Públicas y los estándares internacionales aplicables a la actividad de auditoría interna.

2. Evaluar la calidad técnica, metodológica y documental de los trabajos de auditoría interna, mediante mecanismos de seguimiento continuo, autoevaluaciones y medición de indicadores que permitan identificar fortalezas y oportunidades de mejora.

3. Formular, implementar y hacer seguimiento a acciones de mejora orientadas al fortalecimiento de la función de auditoría interna, con el propósito de incrementar su efectividad, confiabilidad y aporte al mejoramiento institucional.

2. ALCANCE

El presente programa aplica a todos los trabajos de auditoría interna, auditorías especiales, seguimientos, evaluaciones y actividades de asesoría desarrollados por la Oficina de Control Interno en sus fases de planeación, ejecución, comunicación de resultados y seguimiento.

Su alcance comprende la revisión de la calidad metodológica, técnica y documental del proceso auditor, así como la evaluación del cumplimiento de lineamientos normativos y estándares profesionales.

Como limitaciones, su ejecución puede verse condicionada por la disponibilidad de talento humano, tiempo, recursos técnicos, acceso oportuno a la información y la periodicidad con que se programen evaluaciones externas. No obstante, ello no exime el compromiso institucional de avanzar de manera gradual y sostenida en el fortalecimiento de la calidad de la auditoría interna.

3. MARCO NORMATIVO

El Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad se sustenta en un conjunto de disposiciones normativas, metodológicas y técnicas que orientan el ejercicio de la auditoría interna en el sector público y sirven de referencia para su evaluación y mejoramiento continuo.

En primer lugar, la Ley 87 de 1993 establece el marco general del Sistema de Control Interno y asigna a las entidades la responsabilidad de adoptar mecanismos que permitan evaluar, mejorar y hacer más efectiva su gestión institucional.

A su vez, la Ley 1474 de 2011 refuerza la necesidad de robustecer los controles, prevenir riesgos asociados a la corrupción y asegurar mayores niveles de transparencia y seguimiento en la administración pública.

En complemento, el Decreto 1083 de 2015 compila las disposiciones reglamentarias aplicables a la función pública y precisa lineamientos relacionados con el rol de las oficinas de control interno, su enfoque preventivo, evaluador y asesor, así como la importancia de desarrollar auditorías con criterios técnicos y de mejoramiento continuo.

De igual manera, la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, constituye la referencia metodológica para planear, ejecutar, comunicar y hacer seguimiento a los trabajos de auditoría interna en las entidades públicas. Su versión 5 reconfigura su estructura en consonancia con las Normas Globales de Auditoría Interna vigentes y fortalece las herramientas de apoyo para el desarrollo del proceso auditor.

Finalmente, las Normas Globales de Auditoría Interna emitidas por el Instituto de Auditores Internos, vigentes desde el 9 de enero de 2025, disponen la necesidad de contar con mecanismos formales de aseguramiento y mejora de la calidad. En tal sentido, exigen evaluar de manera continua y periódica la conformidad de la actividad de auditoría interna, promover su fortalecimiento y respaldar su credibilidad, desempeño y generación de valor en la organización.

4. ESTRUCTURA DEL PAMC

La estructura del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Personería Distrital de Cartagena de Indias se concibe como un instrumento integral, sistemático y permanente orientado a evaluar, mantener y fortalecer la calidad de la actividad de auditoría interna.

En tal sentido, el PAMC no debe entenderse únicamente como un ejercicio de verificación del cumplimiento, sino como un marco de gestión que articula lineamientos, procedimientos, herramientas, responsabilidades, mecanismos de

evaluación, indicadores, reportes y acciones de mejora. Todo ello está orientado a garantizar que la auditoría interna se desarrolle con independencia, objetividad, consistencia técnica, oportunidad y generación de valor institucional.

Su estructura comprende, como elementos esenciales, la definición de lineamientos generales del programa, la asignación de responsables, la programación de actividades de seguimiento continuo, la realización de evaluaciones internas periódicas, la preparación y ejecución de evaluaciones externas independientes, la medición del desempeño de la función de auditoría interna, la consolidación de resultados, la formulación de acciones de mejora y el seguimiento a su cumplimiento.

Igualmente, debe incorporar los instrumentos de apoyo requeridos para su operación, tales como listas de verificación, formatos de revisión, encuestas de percepción, matrices de evaluación, registros de hallazgos, planes de mejoramiento, tableros de control e informes periódicos.

Desde esta perspectiva, la estructura del PAMC debe asegurar que cada fase del proceso auditor —planeación, ejecución, comunicación de resultados y seguimiento— sea objeto de valoración sistemática. Asimismo, los resultados obtenidos deben permitir la adopción de decisiones orientadas al fortalecimiento metodológico, técnico y estratégico de la Oficina de Control Interno.

Así mismo, esta estructura debe prever criterios para evaluar la conformidad con las normas aplicables, la eficiencia y eficacia de los trabajos realizados, el nivel de satisfacción de las partes interesadas, la calidad de los productos emitidos, la oportunidad en la ejecución del plan anual de auditoría, el seguimiento a recomendaciones y la capacidad del proceso auditor para contribuir al mejoramiento institucional.

En consecuencia, el PAMC de la Personería Distrital de Cartagena debe desarrollarse sobre una estructura funcional compuesta, al menos, por los siguientes componentes: direccionamiento del programa, seguimiento continuo, evaluaciones internas, evaluaciones externas, medición mediante indicadores, reporte de resultados, formulación y seguimiento de acciones de mejora, actualización periódica del programa y gestión documental de todos los soportes que evidencien su implementación y resultados.

4.1 Seguimiento Continuo

El seguimiento continuo constituye el componente permanente del PAMC y tiene como propósito verificar, durante el desarrollo mismo de la actividad auditora, que los trabajos se ejecuten conforme a la metodología definida, a los estándares de calidad aplicables y a los lineamientos institucionales.

Este componente debe comprender revisiones sistemáticas a la planeación de cada auditoría, al cumplimiento del programa de trabajo, a la suficiencia y pertinencia de los papeles de trabajo, a la consistencia de los hallazgos, a la solidez de las conclusiones y recomendaciones, a la calidad de los informes emitidos y a la oportunidad del seguimiento a los planes de mejoramiento.

También debe incluir la supervisión del desempeño del equipo auditor, la verificación del cumplimiento de tiempos programados, la revisión del uso adecuado de formatos y herramientas, y la identificación temprana de desviaciones o debilidades que requieran corrección inmediata.

Para hacerlo operativo, el seguimiento continuo debe apoyarse en listas de chequeo, matrices de control de calidad, revisiones entre pares cuando sea procedente, retroalimentación del jefe de control interno y registros que permitan dejar evidencia de las verificaciones realizadas y de las acciones adoptadas.

Su valor radica en que permite detectar oportunamente errores, inconsistencias o vacíos metodológicos, favoreciendo la mejora en tiempo real y evitando que las deficiencias se trasladen a los informes finales o al seguimiento posterior.

4.2 Evaluaciones Internas

Las evaluaciones internas corresponden a revisiones planificadas y periódicas orientadas a determinar el grado de conformidad de la actividad de auditoría interna con el marco normativo, los estándares profesionales, la metodología institucional y los objetivos definidos para el PAMC.

Estas evaluaciones deben desarrollarse, de una parte, mediante autoevaluaciones periódicas efectuadas por la propia Oficina de Control Interno y, de otra, mediante revisiones realizadas por servidores o profesionales que cuenten con conocimiento suficiente en auditoría interna y gestión de la calidad, siempre que se preserve la independencia y objetividad del ejercicio.

Su alcance debe abarcar la revisión integral del proceso auditor, incluyendo la planificación basada en riesgos, la elaboración del plan anual, la ejecución de auditorías, la documentación, la formulación de hallazgos, la emisión de informes, el seguimiento a recomendaciones, la interacción con los auditados y el cumplimiento de principios éticos y técnicos.

Las evaluaciones internas deben analizar no solo el cumplimiento formal de requisitos, sino también la eficiencia, eficacia, coherencia y utilidad de la función de auditoría interna. De este análisis deben derivarse fortalezas, brechas, causas de desviaciones y oportunidades de mejora.

Como resultado, estas revisiones deben producir informes o registros de evaluación con conclusiones claras, niveles de cumplimiento, hallazgos identificados, recomendaciones y acciones correctivas o preventivas. Todo ello debe alimentar el plan de mejoramiento del PAMC y orientar la toma de decisiones del jefe de la Oficina de Control Interno.

4.3 Evaluaciones Externas

Las evaluaciones externas son un componente esencial del aseguramiento de la calidad, en cuanto proporcionan una valoración independiente y objetiva sobre el grado de madurez, conformidad y efectividad de la actividad de auditoría interna.

En la Personería Distrital de Cartagena de Indias, estas evaluaciones deberán programarse por parte del representante legal, recomendable, cada cinco años, de conformidad con los estándares profesionales aplicables y con las capacidades institucionales. Así mismo, deberán ser realizadas por evaluadores o equipos evaluadores calificados, independientes y ajenos a la operación ordinaria de la Oficina de Control Interno.

Su finalidad es validar si la actividad de auditoría interna se encuentra alineada con las disposiciones normativas, el Código de Ética, las normas internacionales aplicables, la Guía de Auditoría para Entidades Públicas y las prácticas aceptadas de calidad.

Este componente puede materializarse mediante una evaluación externa plena o, cuando resulte procedente, mediante una autoevaluación con validación independiente, siempre que se garantice rigor técnico y objetividad.

Los resultados de la evaluación externa deben formalizarse en un informe que contenga apreciaciones sobre fortalezas, oportunidades de mejora, nivel de conformidad y recomendaciones estratégicas para fortalecer la función de auditoría interna. Dicho informe deberá servir como insumo para la actualización del PAMC, la formulación de nuevas acciones de mejora y la comunicación a la Alta Dirección sobre el estado de calidad de la función de auditoría interna.

Las auditorías externas practicadas por los organismos de control, como la Contraloría Distrital, podrán considerarse como insumos relevantes de retroalimentación externa para el fortalecimiento del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad, en la medida en que aportan observaciones independientes sobre la gestión institucional, el control interno y la efectividad de los procesos. No obstante, estas actuaciones no sustituirán por sí solas la evaluación externa de calidad de la actividad de auditoría interna, salvo que su alcance examine expresamente dicha función conforme a los estándares y criterios técnicos aplicables

4.4 Indicadores del PAMC

El componente de indicadores del PAMC permite medir de manera objetiva el desempeño, la calidad y el nivel de mejora de la actividad de auditoría interna. Por ello, se constituye en una herramienta fundamental para la toma de decisiones y el seguimiento gerencial del programa.

Para la Personería Distrital de Cartagena de Indias, estos indicadores deben diseñarse bajo criterios de pertinencia, claridad, verificabilidad y utilidad. Asimismo, deben abarcar variables de cumplimiento, calidad, eficiencia, eficacia y percepción de valor agregado.

Entre los aspectos que resulta necesario medir se encuentran, entre otros, el nivel de ejecución del plan anual de auditoría, el porcentaje de auditorías realizadas dentro del tiempo programado, la calidad de los papeles de trabajo, la coherencia entre hallazgos y evidencias, la oportunidad en la emisión de informes, el porcentaje de recomendaciones aceptadas o implementadas, el avance de los planes de mejoramiento, el nivel de satisfacción de los auditados o de la Alta Dirección y el grado de cumplimiento de los estándares aplicables.

Estos indicadores deben contar con definición, fórmula, periodicidad, fuente de información, responsable de medición y meta esperada. A su vez, deben

consolidarse en reportes periódicos o tableros de control que permitan identificar tendencias, alertas, logros y aspectos críticos.

Su análisis no debe limitarse a la presentación de cifras. Por el contrario, debe conducir a interpretaciones útiles que orienten decisiones de fortalecimiento, ajuste metodológico y mejora continua del proceso auditor.

4.5 Seguimiento y Mejora

El seguimiento y la mejora constituyen la fase de cierre y retroalimentación permanente del PAMC. Su propósito es asegurar que los resultados derivados del seguimiento continuo, las evaluaciones internas, las evaluaciones externas y la medición de indicadores se traduzcan en acciones concretas de fortalecimiento de la actividad de auditoría interna.

Para ello, la Oficina de Control Interno debe consolidar periódicamente los hallazgos, conclusiones, brechas y oportunidades de mejora identificadas. Posteriormente, debe analizarlas en función de su impacto y priorización, y formular planes de mejoramiento con actividades, responsables, plazos, recursos requeridos y mecanismos de verificación.

Este componente también debe contemplar la socialización de resultados a la Alta Dirección y, cuando corresponda, al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. De esta manera, se asegura el conocimiento y el respaldo institucional frente a las acciones requeridas para mejorar la calidad del proceso auditor.

Así mismo, el seguimiento a las acciones de mejora debe ser verificable, documentado y orientado a establecer no solo su cumplimiento formal, sino también su efectividad real en el fortalecimiento de la función de auditoría interna.

Como parte de esta misma estructura, resulta indispensable prever la actualización periódica del PAMC, con el fin de ajustarlo a cambios normativos, metodológicos, organizacionales o estratégicos, así como a las lecciones aprendidas derivadas de su propia implementación. De esta manera, el programa se consolida como un instrumento dinámico, vivo y alineado con las necesidades institucionales, más que como un documento estático de consulta.

5. RESPONSABLES, ACTIVIDADES, PERIODICIDAD Y EVIDENCIAS DEL PAMC

Para efectos de operatividad del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad, se establece la siguiente matriz básica de responsabilidades, actividades, periodicidad y evidencias, la cual podrá ajustarse de acuerdo con la capacidad institucional, el plan anual de auditoría y las necesidades de fortalecimiento de la Oficina de Control Interno.

Componente / actividad	Responsable	Periodicidad	Evidencia / soporte
Formulación, adopción y actualización del PAMC	Jefe de Oficina de Control Interno	Anual o cuando se presenten cambios normativos o metodológicos	Documento del PAMC aprobado, actas de revisión, versiones actualizadas
Socialización del programa al equipo auditor y partes interesadas	Jefe de Oficina de Control Interno / Equipo auditor	Anual y cuando se realicen actualizaciones	Actas, listados de asistencia, presentaciones, correos de socialización
Seguimiento continuo a los trabajos de auditoría	Jefe de Oficina de Control Interno / Auditor líder	Permanente, durante la ejecución de cada trabajo	Listas de chequeo, revisiones de papeles de trabajo, registros de supervisión
Autoevaluaciones periódicas del proceso auditor	Equipo auditor / Jefe de Oficina de Control Interno	Semestral o anual	Formatos de autoevaluación, matrices de cumplimiento, informes internos
Evaluación interna independiente	Servidor o evaluador designado con independencia del trabajo revisado/CICCI	Anual	Informe de evaluación interna, plan de mejora, acta de socialización
Evaluación externa de calidad	Evaluador externo independiente / Alta Dirección para su gestión/Auditoria Contraloria	Cada cinco años o conforme a disponibilidad institucional	Contrato o designación, informe final de evaluación externa, plan de acción

Medición y análisis de indicadores del PAMC	Jefe de Oficina de Control Interno / Auditor designado	Trimestral, semestral o anual, según el indicador	Tablero de control, fichas de indicadores, reportes de seguimiento
Formulación y seguimiento de acciones de mejora	Jefe de Oficina de Control Interno / Responsables asignados	Trimestral hasta su cierre	Plan de mejoramiento, cronogramas, evidencias de cumplimiento y verificación
Reporte a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Jefe de Oficina de Control Interno	Semestral o anual	Informes ejecutivos, actas de comité, presentaciones, decisiones adoptadas
Gestión documental del PAMC	Oficina de Control Interno	Permanente	Expediente físico o digital del programa, registros organizados y trazables

6. PROCEDIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PAMC

La implementación del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad debe desarrollarse de forma planificada, gradual y verificable, de manera que permita su apropiación por parte de la Oficina de Control Interno y su incorporación efectiva a la gestión ordinaria de la auditoría interna. Para tal efecto, se propone el siguiente procedimiento general:

1. **Diagnóstico inicial:** identificar el estado actual de la función de auditoría interna, los instrumentos existentes, el nivel de cumplimiento normativo, las fortalezas, debilidades y necesidades de mejora relacionadas con calidad.

2. **Definición del alcance y lineamientos del PAMC:** precisar los componentes del programa, responsables, criterios de evaluación, herramientas, periodicidades y productos esperados.

3. **Formulación y adopción del documento:** elaborar el documento del PAMC, validarlo internamente y presentarlo para conocimiento y respaldo de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, cuando corresponda.

4. **Diseño de instrumentos y registros:** elaborar o ajustar formatos, listas de chequeo, matrices, fichas de indicadores, encuestas y demás herramientas requeridas para su operación.

5. **Socialización y apropiación:** comunicar el contenido del programa al equipo auditor y a las instancias pertinentes, explicando su propósito, responsabilidades, metodología y evidencias requeridas.

6. **Ejecución del seguimiento continuo:** aplicar controles de calidad durante el desarrollo de auditorías, seguimientos, evaluaciones y asesorías, dejando evidencia de las revisiones realizadas.

7. **Desarrollo de evaluaciones internas:** realizar autoevaluaciones y revisiones periódicas del proceso auditor para determinar niveles de conformidad, desempeño y oportunidades de mejora.

8. **Medición de indicadores:** calcular y analizar los indicadores definidos para monitorear cumplimiento, oportunidad, calidad, eficacia y percepción de valor del proceso auditor.

9. **Consolidación de resultados:** integrar los hallazgos del seguimiento continuo, evaluaciones internas, indicadores y, cuando aplique, evaluaciones externas, para identificar brechas y prioridades de mejora.

10. **Formulación del plan de mejoramiento:** definir acciones correctivas, preventivas o de fortalecimiento, con responsables, plazos, recursos y criterios de verificación.

11. **Seguimiento a la implementación de mejoras:** verificar periódicamente el cumplimiento y la efectividad de las acciones definidas, ajustando lo que resulte necesario.
12. **Reporte y actualización del programa:** presentar resultados a la Alta Dirección/CICCI y actualizar el PAMC cuando existan cambios normativos, metodológicos, organizacionales o lecciones aprendidas que así lo requieran.

7. BATERÍA DE INDICADORES DEL PAMC

La siguiente batería de indicadores constituye una propuesta base para medir el desempeño y la calidad de la actividad de auditoría interna en el marco del PAMC. Su aplicación podrá ajustarse según el tamaño del equipo auditor, la capacidad de medición institucional y los requerimientos de la Alta Dirección.

Indicador	Fórmula	Meta sugerida	Periodicidad	Responsable	Fuente de verificación
Cumplimiento del Plan Anual de Auditoría	(Número de auditorías y seguimientos ejecutados / Número de auditorías y seguimientos programados) x 100	≥ 90%	Semestral / Anual	Jefe de Oficina de Control Interno	Plan anual aprobado, cronogramas, informes ejecutados
Oportunidad en la emisión de informes	(Número de informes emitidos dentro del plazo establecido / Total de informes emitidos) x 100	≥ 90%	Trimestral	Auditor líder / Jefe de la Oficina de Control Interno	Cronograma, informes finales y registros de entrega
Calidad de papeles de trabajo	(Papeles de trabajo conformes en revisión / Total de papeles de trabajo revisados) x 100	≥ 95%	Semestral	Jefe de la Oficina de Control Interno / Revisor designado	Listas de chequeo, revisiones de calidad, expedientes de auditoría
Cumplimiento de acciones de mejora del PAMC	(Acciones de mejora cerradas / Total de acciones de mejora programadas) x 100	≥ 85%	Trimestral	Jefe de la Oficina de Control Interno / Responsables asignados	Plan de mejoramiento, reportes de avance, evidencias de cierre
Implementación de recomendaciones de auditoría	(Recomendaciones implementadas o aceptadas / Total de recomendaciones formuladas) x 100	≥ 80%	Semestral	Proceso auditado / Oficina de Control Interno	Planes de mejoramiento, seguimientos, soportes de implementación

Nivel de satisfacción de auditados o partes interesadas	(Sumatoria de calificaciones obtenidas / Sumatoria de calificaciones posibles) x 100	≥ 90%	Semestral / Anual	Jefe de la Oficina de Control Interno / Auditor designado	Encuestas de percepción, informes de resultados
Cobertura de evaluaciones internas del PAMC	(Evaluaciones internas realizadas / Evaluaciones internas programadas) x 100	100%	Anual	Jefe de la Oficina de Control Interno	Programa de evaluaciones, informes de evaluación interna
Cumplimiento de actualización del PAMC	(Actualizaciones realizadas / Actualizaciones requeridas) x 100	100%	Anual	Jefe de la Oficina de Control Interno	Versiones del documento, actas de revisión, controles de cambio

La adopción de esta matriz operativa, del procedimiento de implementación y de la batería de indicadores permitirá a la Personería Distrital de Cartagena de Indias contar con una base práctica para administrar, evaluar y fortalecer de manera progresiva la calidad de la actividad de auditoría interna, asegurando trazabilidad, medición objetiva y mejora continua.

8. CONCLUSIONES

El Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Personería Distrital de Cartagena de Indias constituye una herramienta estratégica para fortalecer de manera sistemática la función de auditoría interna.

En esa medida, el programa permite evaluar el grado de conformidad de la actividad de auditoría interna con el marco normativo y técnico aplicable, mejorar la calidad de sus procesos y promover una gestión orientada a resultados, transparencia y valor institucional.

Su estructuración integral facilita que la Oficina de Control Interno cuente con lineamientos claros, instrumentos de seguimiento, mecanismos de evaluación y criterios objetivos para identificar fortalezas, brechas y oportunidades de mejora.

En consecuencia, la adopción e implementación efectiva del PAMC fortalecerá el Sistema de Control Interno, contribuirá al mejoramiento continuo de la actividad de auditoría interna y favorecerá una mayor confianza de la Alta Dirección y de las partes interesadas respecto de la calidad, oportunidad, utilidad y valor agregado de los trabajos desarrollados por la Oficina de Control Interno.

9. RECOMENDACIONES

1. Adoptar formalmente el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad mediante el acto o mecanismo institucional que corresponda, asegurando su articulación con el Plan Anual de Auditoría, el Sistema de Control Interno y los instrumentos de planeación de la entidad.

2. Garantizar la aplicación periódica del seguimiento continuo, de las evaluaciones internas, de la medición de indicadores y de la formulación de acciones de mejora, a fin de que el programa opere como una herramienta efectiva de gestión, seguimiento y fortalecimiento institucional.

3. Fortalecer la gestión documental, la trazabilidad de las evidencias y la consolidación periódica de reportes, con el fin de facilitar la verificación de resultados, la rendición de cuentas y la toma oportuna de decisiones por parte de la Alta Dirección.

4. Promover el respaldo de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, de manera que las acciones de mejora derivadas del PAMC cuenten con seguimiento oportuno, apoyo institucional y condiciones adecuadas para su implementación.

5. Prever con la debida anticipación la realización de la evaluación externa de calidad y la actualización periódica del programa frente a cambios normativos, metodológicos, organizacionales o estratégicos que incidan en la actividad de auditoría interna.

10. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento y la evaluación del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad constituyen un mecanismo formal orientado a garantizar su adecuada implementación, sostenibilidad y mejora continua. Este proceso se desarrolla mediante la revisión periódica por parte de la jefa de la Oficina de Control Interno, la aprobación institucional a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, asegurando así la trazabilidad, el control y el respaldo directivo.

A través de este esquema, se verifica el cumplimiento de los lineamientos establecidos, se evalúa su efectividad frente a los objetivos definidos y se promueve la adopción de ajustes o mejoras necesarias para fortalecer la calidad de la actividad de auditoría interna y su contribución al Sistema de Control Interno instituciona

POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Equipo Control Interno	Anselma Patricia Aranza Jefe de control Interno	Comité Institucional de Control Interno

11. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA	DESCRIPCION DEL CAMBIO
01	02/06/2026	Formulación del programa

Apoyo en la proyección del informe : María Camila Valencia /Margarita Johnson

Personería Distrital de Cartagena de Indias

INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA INTERNA BASADA EN RIESGO DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO 2026

Presentado a: **JANNY AGUAS RODRIGUEZ**
PERSONERA AUXILIAR
HENRY NAVAS
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Presentado Por: **ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA**
Jefe de oficina de control interno

Elaborado Por: **ENITH TORREGLOSA LEMUS**
Auditora Líder
MARGARITA ROSA JOHNSON
MARIA CAMILA VALENCIA

Fecha **24 de junio 2026**

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	**Código: GE-F-010**
	GESTIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO	**Versión: 05**
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA/EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	**Fecha de aprobación: 01/06/2026**

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	**Día:**	**24**	**Mes:**	**06**	**Año:**	**2026**

Aspecto Evaluable (Unidad Auditable):	PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO
Líder de Proceso / jefe(s) Dependencia(s):	JANNY AGUAS RODRIGUEZ
Objetivo de la Auditoría:	Ejecutar el Plan de Auditoría Interna Basada en Riesgos mediante un proceso estandarizado y documentado que permita la revisión selectiva del proceso de Gestión Documental y Archivo de la Personería Distrital de Cartagena. Verificar la aplicación de los controles clave definidos para el proceso de Gestión Documental, en lo relacionado con producción, recepción, trámite, distribución, organización, consulta, conservación y disposición final de la documentación. Verificar el estado de avance y cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan Institucional de Archivos – PINAR, el Programa de Gestión Documental – PGD, el Programa de Gestión de Documentos Electrónicos y los activos de información. Evaluar la aplicación de los procesos, procedimientos, lineamientos y políticas de gestión documental y archivo de la Personería Distrital de Cartagena.
Alcance de la Auditoría:	La auditoría interna se realizó entre el 15 de mayo y el 12 de junio de 2026, con enfoque basado en riesgos, y comprendió la evaluación selectiva de las operaciones, controles, instrumentos archivísticos, soportes documentales y evidencias generadas durante la vigencia 2026, a partir del 1

	de enero y hasta la fecha de corte de la auditoría. 1. Documentación del proceso: caracterización, procedimientos, políticas, guías, instructivos y uso de formatos. 2. Aplicativos SIGPER y SIAP. 3. Riesgos del proceso y sus controles 4. Formulación de indicadores de gestión y seguimiento. 5. PINAR 6. Política de Gestión Documental – Resolución No. 171 de 2024. 7. PGD 8. Tablas de Retención Documental y su aplicación por procesos y soportes de reunión de socialización o revisión con los líderes de procesos 9. Verificación de carpetas de archivo digital de los diferentes procesos. 10. Visita de verificación al Archivo Central. 11. Comités desarrollados y actas correspondientes. 12. FUID 13.FURAG 14. Resolución No. 094 del 15 de abril de 2024, Política de Cero Papel.

Criterios de la Auditoría:	Normas Internacionales para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna y Marco Global de Auditoría Interna aplicable a la actividad de aseguramiento. Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas, versión vigente expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 1080 de 2015 Código Contencioso Administrativo Acuerdo AGN 060 de 2001. Artículos 3, 4, 5, 6, 8 9 10 11 12 y 14. P LEY 58 DE 1982 Acuerdo AGN 007 de 1994 Ley General de Archivos 594 de 2000 Circular 009 de 02 de mayo de 2024 Circular 001 de 31 de marzo de 2020 Decreto 1287 de 24 de septiembre de 2020 Acuerdo 004 de 30 de abril de 2019 Ley 1712 de 2014, “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones” ACUERDO 006 DE 2014 Por medio del cual se desarrollan los artículos 46, 47 y 48 del Título XI "Conservación de Documentos" de la Ley 594 de 2000" Constitución Nacional

Riesgo	Posibilidad de pérdida Reputacional por bajo interés y/o desconocimiento de los temas gestión documental y archivo por parte de los funcionarios/contratistas.

Jefe oficina de Control Interno	Auditor Líder
ANSELMA P. ARANZA PERALTA	ENITH TORREGLOSA LEMUS

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: De conformidad con el artículo 9 de la Ley 87 de 1993, corresponde a la Oficina de Control Interno ejercer evaluación independiente y asesoría a la Alta Dirección, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, la mejora continua de los procesos y la adopción oportuna de acciones correctivas. En desarrollo de este rol, y en concordancia con el Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno actúa como tercera línea de defensa, proporcionando aseguramiento objetivo e independiente sobre la gestión del riesgo, el diseño y la efectividad de los controles del proceso auditado.

En cumplimiento del Programa Anual de Auditorías de la vigencia 2026, se presenta el Informe Preliminar de Auditoría Interna Basada en Riesgos al proceso de Gestión Documental y Archivo, con el propósito de comunicar los resultados obtenidos, las situaciones susceptibles de mejora, los riesgos asociados y las recomendaciones orientadas al fortalecimiento institucional.

Declaración: Esta auditoría se realizó con base en el análisis de muestras selectivas y en la revisión de soportes documentales, incluyendo procesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la Entidad, página web institucional, SIAP, SIGPER, PERTH, SIGEP II y normas internas y externas aplicables. En consecuencia, existe riesgo de muestreo, entendido como la posibilidad de que la conclusión obtenida a partir de la muestra analizada difiera de la que se habría alcanzado al examinar la totalidad de los elementos evaluados.

En aplicación del artículo 2.2.21.4.8 del Decreto 648 de 2017, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para el desarrollo de la actividad de auditoría interna:

a) Código de Ética del Auditor Interno, fundamentado en los principios de integridad, objetividad,

confidencialidad, manejo de conflictos de interés y competencia profesional.
b) Estatuto de Auditoría, mediante el cual se establecen y comunican las directrices que definen el marco de actuación de la Oficina de Control Interno, conforme a los lineamientos aplicables de auditoría interna.

Metodología: La auditoría interna se desarrolló con enfoque basado en riesgos, mediante entendimiento del proceso, revisión de criterios normativos, análisis de riesgos y controles, aplicación de pruebas selectivas, verificación documental, entrevistas y validación de evidencias en los sistemas institucionales SIAP, SIGPER y demás fuentes suministradas por el proceso auditado.
La metodología aplicada incluyó las siguientes actividades:

- Mesas de trabajo presenciales con los funcionarios que intervienen en el proceso auditado.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.
- Aplicación de pruebas de recorrido y de efectividad de controles, tanto virtuales como físicas.

Importante: De los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas y la información registrada en los diferentes Sistemas de Información Institucional, dependerán los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describa en el informe.

Carta de Representación: El 15 de mayo de 2026 se recibió, mediante correo electrónico de la líder del proceso, la “Carta de Representación” debidamente diligenciada y firmada, mediante la cual se certifica que la información suministrada para la realización de la auditoría es verídica, cumple criterios de calidad y fue entregada oportunamente a la Oficina de Control Interno.

Limitaciones de la Auditoría: Las entrevistas se efectuaron de forma presencial y la revisión documental se realizó sobre la información disponible en la página web institucional, el Sistema Integrado de Aplicaciones – SIAP y el Sistema de Gestión Institucional – SIGPER.

Interpretación de los resultados de la auditoría: Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.

	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.
	La situación observada denota una debilidad que expone directa o indirectamente a la Entidad a impactos negativos de carácter operativo, normativo o reputacional, o a la

	materialización de riesgos que requieren acciones correctivas.
	Hallazgo recurrente observado en seguimientos o auditorías internas y/o externas anteriores, el cual debe ser presentado al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para definir lineamientos y acciones de mejora.

Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016): Numeral 7. “Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto).
- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual).
- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales.
- Consecuencia: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización.”

Entregables: Los asuntos identificados serán socializados al Líder del Proceso y al Comité Institucional de Control Interno; los entregables de Auditoría Interna serán:

- Informe Ejecutivo con los resultados más relevantes de la auditoría y oportunidades de mejora identificadas.
- Informe Detallado con todo el resultado de la auditoría, ejemplos, evidencias e información complementaria

RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL PROCESO DE AUDITORÍA	Identificación del Riesgo	Cubierto en el alcance de la auditoría	DETALLE DE LAS VALIDACIONES REALIZADAS	Resultado
Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones de entes de control debido al inadecuado manejo de la gestión documental y el desconocimiento de los lineamientos normativos de los procedimientos archivístico	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva	
Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la divulgación no autorizada de los documentos reservados o sujetos a tratamiento de datos personales bajo custodia del archivo central.	Mapa de riesgo del proceso auditado	SI	Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.	
Posibilidad de pérdida Reputacional por inoportuna respuesta a solicitudes requerimiento documental debido a la desactualización del FUID de la entidad.	Mapa de riesgo del proceso auditado -SIGPER	SI	La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva	

INFORME DETALLADO RESULTADOS DE LA AUDITORIA INTERNA

La Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento del Plan Anual de Auditorías 2026, presenta el informe detallado de resultados de la auditoría interna basada en riesgos al proceso de Gestión Documental y Archivo. La evaluación se desarrolló a partir de la caracterización del proceso, los procedimientos documentados en el Sistema Integrado de Aplicaciones de la Personería Distrital de Cartagena – SIAP, los riesgos y controles registrados en SIGPER, los instrumentos archivísticos vigentes y las funciones establecidas en el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales adoptado mediante la Resolución No. 251 del 17 de julio de 2023.

Así mismo, se revisaron las políticas, manuales, lineamientos, planes, evidencias y soportes asociados a la gestión documental, el Plan Institucional de Archivos – PINAR, el Programa de Gestión Documental – PGD, el Sistema Integrado de Conservación – SIC, las Tablas de Retención Documental – TRD, las Tablas de Valoración Documental – TVD, los indicadores de gestión y el mapa de riesgos institucional aplicable a la vigencia auditada.

La Oficina de Control Interno precisa que un hallazgo u observación resulta de la comparación entre el criterio aplicable y la condición evidenciada durante la evaluación. En consecuencia, se describen los aspectos positivos o destacables del proceso auditado y, posteriormente, las deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades identificadas, incluyendo aquellas recurrentes evidenciadas en auditorías o seguimientos anteriores.

HECHOS RELEVANTES:

A continuación, se presentan los hechos más relevantes, fortalezas, debilidades y hallazgos identificados durante el desarrollo de la auditoría.

Fortaleza: Se resalta la disposición y colaboración de los funcionarios durante las entrevistas presenciales, así como el suministro de información que permitió verificar los controles establecidos en el proceso de Gestión Documental.

Debilidades: Se evidencia que el espacio físico destinado para el archivo institucional continúa siendo insuficiente para el adecuado desarrollo del proceso de gestión documental. La capacidad instalada resulta limitada frente al volumen documental existente, situación que ha impedido efectuar de manera oportuna la transferencia de la totalidad de la documentación represada proveniente de las diferentes oficinas productoras.

Adicionalmente, se observa que el área asignada al archivo, lejos de ampliarse conforme a las necesidades del proceso, ha presentado una reducción en su capacidad funcional, generando restricciones operativas significativas. Como consecuencia, se ha requerido el traslado de documentación a bodegas externas bajo la modalidad de préstamo, lo cual incrementa los riesgos asociados a la custodia, conservación,

disponibilidad y control de los documentos.

PRINCIPALES SITUACIONES DETECTADAS / RESULTADOS DE LA AUDITORÍA / RECOMENDACIONES

El proceso de Gestión Documental ha venido evolucionando y fortaleciéndose de manera progresiva a lo largo de los años, evidenciando avances significativos en su organización y estructuración. Para la vigencia 2026, se observa una oficina más consolidada, con una adecuada definición de su estructura documental y alineada con los lineamientos del Sistema de Control Interno y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en coherencia con los componentes del MECI.

Actualmente, el proceso cuenta con la documentación formal debidamente organizada y actualizada en el aplicativo institucional SIAP, específicamente en la carpeta correspondiente a documentos MECI, lo que permite un acceso centralizado y controlado de la información. Dentro de esta estructura se identifican instrumentos fundamentales como la caracterización del proceso, el normograma, procedimientos, formatos y políticas institucionales.

Asimismo, se evidencia que dichas políticas se encuentran formalmente adoptadas mediante actos administrativos (resoluciones), lo que fortalece su validez, aplicación y cumplimiento dentro de la entidad. Este avance contribuye a la estandarización de las actividades del proceso, facilita la trazabilidad de la gestión documental y promueve una mayor cultura organizacional en torno al manejo adecuado de la información.

En este sentido, el proceso de Gestión Documental refleja un nivel de madurez institucional en cuanto a su componente estratégico y documental, permitiendo mayor control, seguimiento y mejora continua en el marco del sistema de gestión y control interno.

El inventario documental del proceso evidencia la existencia de los siguientes instrumentos, documentos y formatos formalizados:

CARACTERIZACIÓN
GD-C-001 CARACTERIZACION GESTIÓN DOCUMENTAL

INSTRUCTIVO
GD-O-001 INSTRUCTIVO FUID

NORMOGRAMA
GD-N-001 NORMOGRAMA - GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMATOS
GD-F-001 FORMATO ÚNICO DE INVENTARIO DOCUMENTAL – FUID
GD-F-002 FORMATO HOJA DE CONTROL EXPEDIENTES
GD-F-003 FORMATO RÓTULO CAJA DE ARCHIVO X200
GD-F-004 FORMATO RÓTULO CAJA DE ARCHIVO X300
GD-F-005 FORMATO RÓTULO CARPETA
GD-F-006 ACTA DE ELIMINACIÓN DOCUMENTAL
GD-F-007 FORMATO DE ACTA DE ENTREGA DE INVENTARIO DOCUMENTAL
GD-F-008 FORMATO CONTROL DE PRESTAMO
GD-F-009 FORMATO DE SEGUIMIENTO IMPLEMENTACION NORMAS ARCHIVISTICAS
GD-F-010 FORMATO ENCUESTA DE UNIDAD DOCUMENTAL
GD-F-011 FORMATO DE ACTA DE GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO
GD-F-012 FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO PARA MONITOREO Y CONTROL DE CONDICIONES AMBIENTALES

PROCEDIMIENTO
GD-P-001 PROCEDIMIENTO TRANSFERENCIAS PRIMARIAS
GD-P-002 PROCEDIMIENTO DE ELIMINACIÓN DOCUMENTAL
GD-P-003 PROCEDIMIENTO DE CONSULTAS Y PRESTAMO DE DOCUMENTOS
GD-P-004 PROCEDIMIENTO DE FOLIACION DOCUMENTAL
GD-P-005 PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACION Y ORGANIZACION
GD-P-006 PROCEDIMIENTO DE PRESERVACION DIGITAL
GD-P-007 PROCEDIMIENTO DIGITALZACIÓN

POLÍTICAS
POLITICA DE GESTION DOCUMENTAL BAJO RESOLUCION No. 166 DE 24 DE JUNIO DE 2025 PUBLICADA EN PAGINA WEB
POLITICA CERO PAPEL BAJO RESOLUCION N° 094 DE 15 DE ABRIL DE 2024 PUBLICADAS EN PAGINA WEB

DEBILIDAD 1 – Desactualización del cronograma del Sistema Integrado de Conservación – SIC publicado en la página web institucional

En el marco de la verificación del cumplimiento de los instrumentos archivísticos adoptados por la Entidad, se evidenció que el Sistema Integrado de Conservación – SIC, establecido mediante la

Resolución No. 166 del 24 de junio de 2025 y publicado en la página web institucional, presenta desactualización en su cronograma para la vigencia 2026.

El SIC constituye un instrumento archivístico fundamental que establece las estrategias, lineamientos y acciones orientadas a garantizar la conservación, preservación, protección, acceso y funcionalidad del acervo documental, asegurando la salvaguarda de la memoria institucional y el cumplimiento de la normativa archivística vigente.

Criterio: La Ley 594 de 2000, el Decreto 1080 de 2015, los lineamientos del Archivo General de la Nación y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG establecen la obligación de formular, implementar, mantener actualizados y hacer seguimiento a los instrumentos archivísticos, incluyendo el Sistema Integrado de Conservación, sus planes, cronogramas, responsables y soportes de ejecución.

Causa: Debilidades en la planeación y actualización periódica del instrumento archivístico.

Falta de mecanismos de seguimiento y control sobre la ejecución del SIC.

Efecto / Consecuencias:

- Riesgo de incumplimiento de la normativa archivística vigente y de los lineamientos del AGN.
- Debilidades en la implementación de actividades de conservación y preservación documental.
- Generación de hallazgos en auditorías internas y externas por falta de implementación efectiva del SIC.
- Impacto negativo en los resultados institucionales asociados a políticas de gestión documental (FURAG / MIPG).

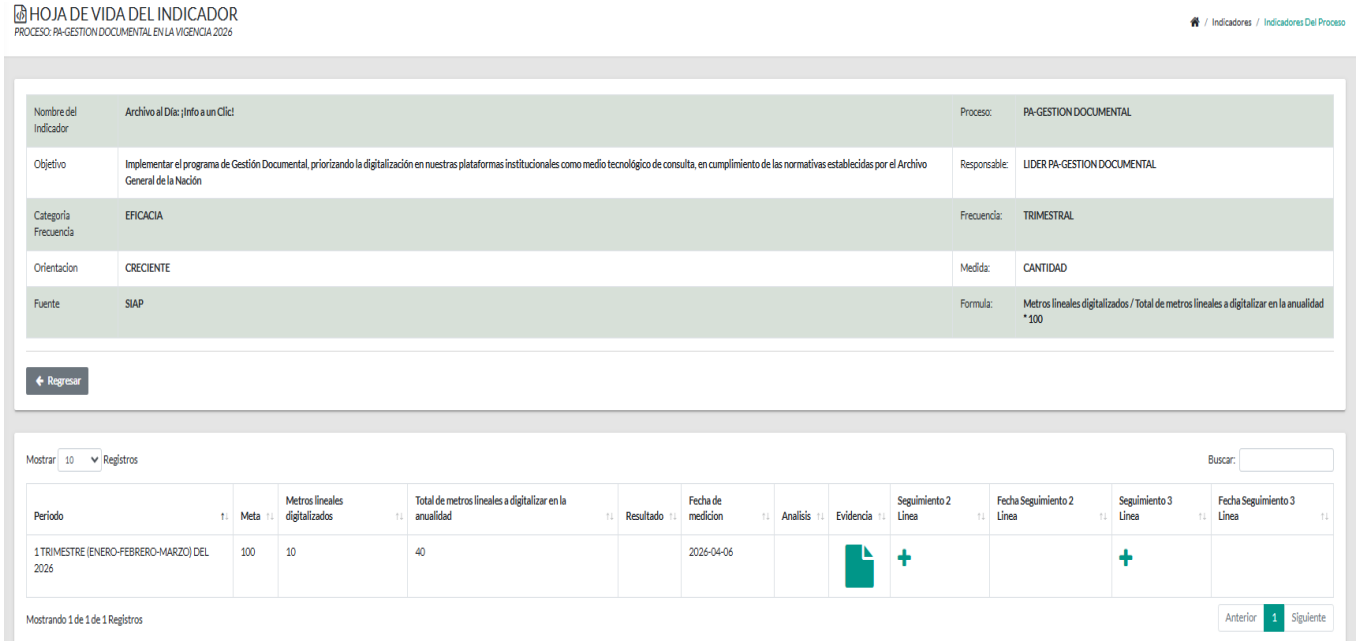
Recomendaciones:

1. Actualizar de manera inmediata el cronograma del SIC para la vigencia 2026, incorporando actividades, responsables, tiempos de ejecución e indicadores de seguimiento.
2. Implementar un mecanismo formal de seguimiento periódico (mensual o trimestral) que permita verificar el cumplimiento de las actividades programadas.
3. Articular el SIC con otros instrumentos de planificación institucional, tales como el PINAR, el Plan de Acción Institucional y el Plan de Gestión Documental, garantizando coherencia y alineación estratégica.

En el aplicativo SIGPER 2026 se encuentra cargada la siguiente información:

INDICADORES:

1. **ARCHIVO AL DÍA:** ¡Info a un Clic! Indicador formulado y con su soporte de cumplimiento en la herramienta tecnológica.



HOJA DE VIDA DEL INDICADOR

PROCESO: PA-GESTION DOCUMENTAL EN LA VIGENCIA 2026

/ Indicadores / Indicadores Del Proceso

Nombre del Indicador	Archivo al Día: ¡Info a un Clic!	Proceso:	PA-GESTION DOCUMENTAL
Objetivo	Implementar el programa de Gestión Documental, priorizando la digitalización en nuestras plataformas institucionales como medio tecnológico de consulta, en cumplimiento de las normativas establecidas por el Archivo General de la Nación	Responsable:	LIDER PA-GESTION DOCUMENTAL
Categoria Frecuencia	EFICACIA	Frecuencia:	TRIMESTRAL
Orientacion	CRECIENTE	Medida:	CANTIDAD
Fuente	SIAP	Formula:	Metros lineales digitalizados / Total de metros lineales a digitalizar en la anualidad * 100

Regresar

Mostrar 10 Registros — Buscar:

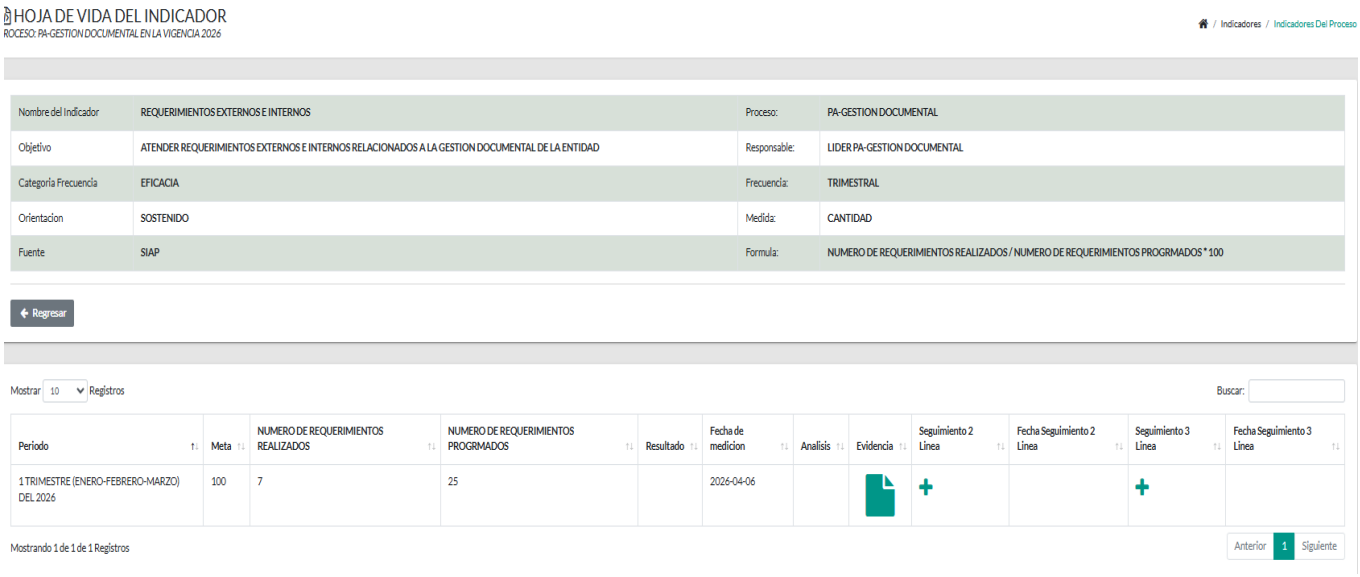
Periodo	Meta	Metros lineales digitalizados	Total de metros lineales a digitalizar en la anualidad	Resultado	Fecha de medicion	Analisis	Evidencia	Seguimiento 2 Linea	Fecha Seguimiento 2 Linea	Seguimiento 3 Linea	Fecha Seguimiento 3 Linea
1 TRIMESTRE (ENERO-FEBRERO-MARZO) DEL 2026	100	10	40		2026-04-06			+		+	

Mostrando 1 de 1 de 1 Registros — Anterior 1 Siguiente

Anexo fuente SIGPER

2. **REQUERIMIENTOS EXTERNOS E INTERNOS**: Indicador formulado y con su soporte de cumplimiento en la herramienta tecnológica.

   Este indicador se evalúa trimestralmente y, a la fecha, cuenta con seguimiento cargado por parte del proceso responsable.



HOJA DE VIDA DEL INDICADOR

ROCESO: PA-GESTION DOCUMENTAL EN LA VIGENCIA 2026

/ Indicadores / Indicadores Del Proceso

Nombre del Indicador	REQUERIMIENTOS EXTERNOS E INTERNOS	Proceso:	PA-GESTION DOCUMENTAL
Objetivo	ATENDER REQUERIMIENTOS EXTERNOS E INTERNOS RELACIONADOS A LA GESTION DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD	Responsable:	LIDER PA-GESTION DOCUMENTAL
Categoria Frecuencia	EFICACIA	Frecuencia:	TRIMESTRAL
Orientacion	SOSTENIDO	Medida:	CANTIDAD
Fuente	SIAP	Formula:	NUMERO DE REQUERIMIENTOS REALIZADOS / NUMERO DE REQUERIMIENTOS PROGRMADOS * 100

Regresar

Mostrar 10 Registros

Buscar:

Periodo	Meta	NUMERO DE REQUERIMIENTOS REALIZADOS	NUMERO DE REQUERIMIENTOS PROGRMADOS	Resultado	Fecha de medicion	Analisis	Evidencia	Seguimiento 2 Linea	Fecha Seguimiento 2 Linea	Seguimiento 3 Linea	Fecha Seguimiento 3 Linea
1 TRIMESTRE (ENERO-FEBRERO-MARZO) DEL 2026	100	7	25		2026-04-06						

Mostrando 1 de 1 de 1 Registros

Anterior 1 Siguiente

Anexo fuente SIGPER

3. **<u>CAPACITACIONES GESTION DOCUMENTAL</u>:**
   DEBILIDAD 2 – Indicador Capacitaciones en Gestión Documental

El indicador Capacitaciones en Gestión Documental, evaluado de manera trimestral, presenta inconsistencias en su medición frente a la ejecución real del proceso. Si bien se evidencia el cargue oportuno del seguimiento por parte de la dependencia responsable, al validar el registro correspondiente al periodo evaluado, se constató que no se realizaron actividades de capacitación durante el trimestre.

Esta situación refleja una desarticulación entre la periodicidad del indicador y la dinámica operativa del proceso, lo cual limita la confiabilidad de la medición y genera reportes que no representan de manera precisa el desempeño real en materia de fortalecimiento de capacidades institucionales en gestión documental.

En consecuencia, se identifica la necesidad de ajustar la estructuración del indicador, particularmente en lo relacionado con su periodicidad y fórmula de medición, con el fin de garantizar su alineación con la programación efectiva de las capacitaciones y asegurar que la información reportada sea pertinente, verificable y útil para la toma de decisiones.

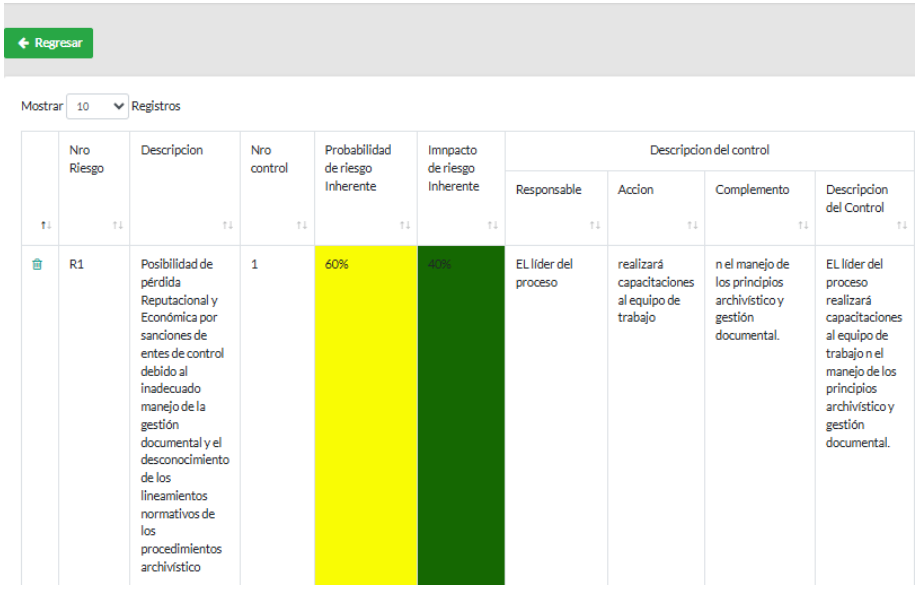
Al verificar los riesgos del proceso en la plataforma SIGPER, se evidenció lo siguiente:

Se identificaron tres riesgos registrados en la plataforma.

R1. Posibilidad de pérdida reputacional y económica por sanciones de entes de control, debido al inadecuado manejo de la gestión documental y al desconocimiento de los lineamientos normativos de los procedimientos archivísticos.

El control establecido consiste en impartir capacitaciones al equipo de trabajo. Sin embargo, al verificar el soporte documental que evidencia su cumplimiento, se observó que dicho registro no corresponde a lo descrito ni a lo ejecutado.

Recomendación:
Se recomienda considerar fielmente la descripción del control definido, a fin de determinar qué tipo de evidencia o registro debe cargarse. En caso de que la actividad real no se ajuste a lo planeado, se sugiere reestructurar el control para que refleje con exactitud las acciones ejecutadas y los soportes asociados.



	Nro Riesgo	Descripcion	Nro control	Probabilidad de riesgo Inherente	Impacto de riesgo Inherente	Descripcion del control			
						Responsable	Accion	Complemento	Descripcion del Control
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones de entes de control debido al inadecuado manejo de la gestión documental y el desconocimiento de los lineamientos normativos de los procedimientos archivístico	1	60%	40%	EL líder del proceso	realizará capacitaciones al equipo de trabajo	n el manejo de los principios archivístico y gestión documental.	EL líder del proceso realizará capacitaciones al equipo de trabajo n el manejo de los principios archivístico y gestión documental.

No. de Riesgo	Riesgo	Probabilidad Residual Final	Impacto residual Final	Probabilidad	Impacto	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO)	¿Requiere Plan de Acción?	Tratamiento	Determine el tratamiento a seguir	Definición del Tratamiento	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Responsable(Cargo)	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Seguimiento 1 (Fecha y avance)	Evidencia 1
R1	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones de entes de control debido al inadecuado manejo de la gestión documental y el desconocimiento de los lineamientos normativos de los procedimientos archivístico	36%	40%	Baja	Menor	Moderado									se realizó medicion de luminocidad, humedad y temperatura	

Los demás riesgos cuentan con controles identificados y registros de cargue en la plataforma.

R2 Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la divulgación no autorizada de los documentos reservados o sujetos a tratamiento de datos personales bajo custodia del archivo central.

Control: Realizar socialización y aplicación de la Ley de Transparencia.
Control: Adoptar medidas de restricción de acceso al área del depósito de archivos.

R3 Posibilidad de pérdida Reputacional por inoportuna respuesta a solicitudes requerimiento documental debido a la desactualización del FUID de la entidad.

Control: Actualizar el inventario de las diferentes series y subseries documentales.

Debilidad 3 – Riesgos identificados en auditorías anteriores

Se evidencia que los riesgos identificados en auditorías anteriores no se encuentran incorporados en el mapa de riesgos de la vigencia 2026. A continuación, se relacionan dichos riesgos:

Riesgo Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por deterioro o perdida de los documentos físicos de la entidad debido a la falta de una gestión adecuada para su custodia, preservación y conservación

Posibilidad de pérdida Reputacional por sanciones de entes de control debido al inadecuado manejo de la gestión documental y el desconocimiento de los lineamientos normativos en la entidad.

Posibilidad de pérdida Reputacional por el alto volumen de documentos sin organizar debido a la no aplicación de los instrumentos archivísticos y la falta de apropiación de los funcionarios y/o colaboradores en los Temas de gestión Documental.

Posibilidad de pérdida Reputacional por la Divulgación no autorizada de los documentos reservados o sujetos a tratamiento de datos personales bajo custodia del archivo central. debido a la Exposición de la información en zonas abiertas o desde los equipos de cómputo y ausencia de controles para el Acceso no autorizado a los archivos y zonas de almacenamiento de archivos

Recomendación:

Actualizar e incorporar de manera inmediata los riesgos identificados en auditorías anteriores dentro del mapa de riesgos de la vigencia 2026, garantizando su alineación con la realidad operativa del proceso de gestión documental.

Reevaluar y validar periódicamente los riesgos asociados a la gestión documental, considerando aspectos críticos como la conservación, seguridad de la información, acceso y cumplimiento normativo, con el fin de mantener su pertinencia y vigencia.

Optimizar la trazabilidad de los controles en la herramienta institucional (SIGPER), asegurando el cargue oportuno de evidencias que soporten su ejecución, seguimiento y efectividad.

HALLAZGO N.º 1 – Debilidad en la articulación del Plan Institucional de Capacitación con el componente de Gestión Documental

Riesgo: Posibilidad de pérdida reputacional, operativa y económica por brechas en los conocimientos y competencias de los servidores públicos y contratistas en materia de gestión documental, archivo y administración de documentos, lo cual puede afectar la organización, conservación, trazabilidad, disponibilidad y confiabilidad de la información institucional.

Condición: Durante la vigencia 2026 no se evidenció la inclusión suficiente y articulada de actividades de capacitación relacionadas con gestión documental, administración de archivos, instrumentos

archivísticos, conservación documental y buenas prácticas de manejo de información dentro del Plan Institucional de Capacitación.

Criterio
Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos).
Decreto 1080 de 2015 – Sector Cultura (gestión documental).
Decreto 1083 de 2015 – Función Pública (gestión del talento humano y capacitación).
Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) – Dimensión Talento Humano (Desarrollo de capacidades) y Política de Gestión Documental.
Lineamientos del Archivo General de la Nación sobre capacitación en gestión documental.

Causa: Ausencia de un diagnóstico conjunto de necesidades de capacitación en gestión documental.
Falta de articulación entre Gestión Documental y Talento Humano.
Ausencia de diagnóstico de necesidades de capacitación.
Baja priorización del componente archivístico en el Plan Institucional de Capacitación.

Efecto: Deficiencias en el conocimiento y aplicación de normas y procedimientos archivísticos por parte de los funcionarios.
Riesgo de incumplimiento normativo en materia de gestión documental.
Afectación en la calidad, organización, conservación y acceso a la información institucional.
Debilidad en el componente cultural del índice de gestión documental (relevante en FURAG).

Recomendación: Diseñar e implementar un diagnóstico institucional de necesidades de capacitación en gestión documental, articulado entre Gestión Documental y Talento Humano, e incorporar de manera obligatoria actividades archivísticas en el PIC, alineadas con el PGD, PINAR, SIC y mapa de riesgos del proceso.
Adicionalmente, se recomienda establecer indicadores que permitan medir cobertura, oportunidad, apropiación e impacto de las capacitaciones, así como conservar los soportes de convocatoria, asistencia, evaluación y resultados.

HALLAZGO N.º 2 – Insuficiencia de infraestructura, capacidad instalada y condiciones de almacenamiento del Archivo Central

Riesgo: Riesgo de pérdida, deterioro y desorganización de la información institucional, debido a la inadecuada conservación y almacenamiento de los documentos, lo cual puede derivar en incumplimiento de disposiciones legales en materia archivística, afectación en la transparencia, la gestión administrativa y la toma de decisiones.

Condición: Se evidencian limitaciones en la infraestructura, capacidad instalada y condiciones de almacenamiento del Archivo Central, lo cual restringe la recepción oportuna de transferencias documentales y la adecuada administración del acervo institucional.

Criterio:

Ley 594 de 2000
Decreto 1080 de 2015
Lineamientos del Archivo General de la Nación
Política de Gestión Documental (MIPG)

Causa:
Insuficiente planificación de la capacidad instalada del Archivo Central.
Falta de gestión para la adecuación de infraestructura y dotación de mobiliario especializado.
Limitaciones en la articulación entre planeación institucional y necesidades archivísticas.

Efecto:

Acumulación de expedientes en archivos de gestión, generando desorganización documental.
Dificultad en la aplicación de las Tablas de Retención Documental (TRD) y en la ejecución de transferencias primarias.
Riesgo de deterioro, pérdida o extravío de documentos.
Afectación en la disponibilidad y oportunidad de la información institucional.

Recomendación:

Implementar un plan de descongestión documental con responsables, cronograma, metas verificables y seguimiento periódico, priorizando la recepción, organización y control de transferencias documentales pendientes.
Gestionar la adquisición de mobiliario técnico archivístico y la adecuación de espacios físicos que garanticen condiciones de seguridad, conservación, acceso y custodia documental.
Incluir la necesidad de fortalecimiento de la infraestructura archivística dentro del plan de inversiones institucional y en la planeación presupuestal de la siguiente vigencia.

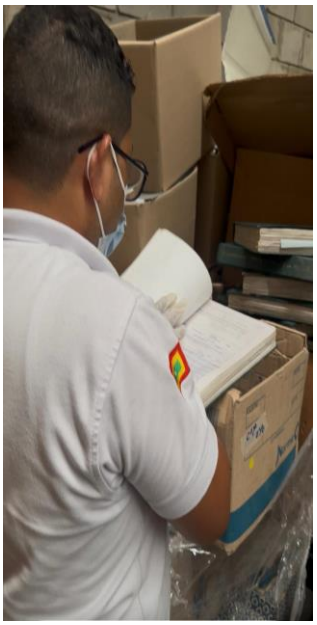
Archivo de la Personería Distrital de Cartagena – Piso 6






IMÁGENES DE BODEGA DE ARCHIVO






ACTA DE RECEPCION DE FONDO ACUMULADO

Elaborado por:	Andres Pinto Duvia	Versión:	1.0	Aprobado por:	
Fecha recepción:	31/10/2024	No Acta:		Entidad:	Alcaldia de cartagena
Hora inicio:	9:00 a. m.				
Hora fin:	5:00 p. m.			Sede	Personeria

Por medio del presente documento comunicamos el listado de unidades documentales recibidos por la entidad para el deposito:

Tipo unidad almcenamiento	Cantidad	Peso (solo si aplica)		Dimensión cm (solo si aplica)			Numeración (opcional)	Total Ml.
	Unidades	Kg	Ton	Largo	Ancho	Altura		
Caja X300	23							
Caja X200	68			1,84	3,35	1,65		147
Caja X100								
Caja Irregular	68							
Documento suelto								
Legajos								
Carpetas AZ								
Tomos								

De acuerdo con lo anterior se hace constar que la documentación se entrega de manera oportuna y en buen estado y con previa autorización de la entidad.

OBSERVACIONES

Se recibe sin verificación de contenido y por cantidad de cajas y volumen de acuerdo con la NTC5029, discriminados así:

1. COMPROBANTES DE EGRESO: 21 cajas X200, 20 cajas X300 y 55 cajas irregulares
2. ESCRITURA Y PLANOS: 04 cajas irregulares
3. JURIDICA: 06 cajas X200 y 01 caja irregular.
4. DESPACHO: 08 cajas X200, 02 cajas X300 y 01 caja irregular.
5. ORDENES Y SERVICIOS: 02 cajas irregulares.
6. VARIOS: 07 cajas X200, 01 caja X300 y 02 cajas irregulares.
7. PROCESOS PENALES: 05 cajas X300.
8. BIENES Y URBANISTICA: 08 cajas X200 y 01 caja irregular.
9. PERSONERIA AUXILIAR: 06 cajas X200.
10. VIGENCIA ADMINISTRATIVA: 06 cajas X200.
11. CONTRATO VIVIR: 01 caja X200 y 02 cajas irregulares.

Se reciben en total 147 ML

De conformidad se acepta por las partes con firma y nombre legible:

RECIBE	ENTREGA
No CEDULA:	No CEDULA:

HALLAZGO N.º 3 – Debilidades en la ejecución, seguimiento y articulación del PINAR, SIC y TVD

Riesgo: Posibilidad de pérdida económica y reputacional por debilidades en el cumplimiento de las actividades del Plan Institucional de Archivos – PINAR, debido a la falta de gestión, planificación y asignación de recursos (presupuesto) para la implementación efectiva de los instrumentos archivísticos, lo cual puede derivar en incumplimiento de la normativa archivística vigente, rezagos en la implementación del SIC, TRD y TVD, así como afectaciones en la conservación, organización, acceso a la información y la eficiencia administrativa de la Entidad.

Condición:
La situación evidenciada refleja una baja madurez en el sistema de gestión documental, manifestada en la no implementación efectiva de instrumentos archivísticos esenciales, particularmente las Tablas de Retención Documental (TRD), las cuales se encuentran apenas en etapa inicial de trámite para su convalidación.
Esta condición limita la operatividad del Sistema Integrado de Conservación – SIC y restringe la adecuada ejecución del Plan Institucional de Archivos – PINAR, generando una brecha entre la planeación archivística formulada y su aplicación efectiva en los procesos institucionales.
En consecuencia, se presenta una desarticulación del sistema de gestión documental, que impacta negativamente la organización, clasificación, disposición final, conservación y control del acervo documental, comprometiendo la eficiencia del proceso y el cumplimiento de la normativa archivística vigente.

Criterio:
La Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos), los lineamientos del Archivo General de la Nación (AGN) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) establecen la obligación de las entidades públicas de formular, convalidar, implementar y mantener actualizados los instrumentos archivísticos, tales como las Tablas de Retención Documental (TRD), Tablas de Valoración Documental (TVD), el Sistema Integrado de Conservación (SIC) y el Plan Institucional de Archivos (PINAR), a fin de garantizar una adecuada gestión documental, preservación de la información y cumplimiento normativo.

Causa:
Falta de planificación operativa del PINAR
Débil seguimiento a proyectos archivísticos
Falta de articulación entre programas (capacitación, conservación, SST)

Efecto/Consecuencia (Riesgo)
Incumplimiento de normatividad archivística

Debilidad en la conservación de documentos
Limitación en la gestión del ciclo de vida documental
Incumplimiento de la normativa archivística vigente, con posibles observaciones o sanciones por entes de control.

Recomendación
Acelerar el proceso de convalidación de las TRD, realizando seguimiento permanente ante la instancia competente hasta su aprobación definitiva.

Diseñar e implementar un plan de acción inmediato para la puesta en marcha de las TRD, una vez convalidadas, asegurando su aplicación en todas las dependencias.

Fortalecer la ejecución del PINAR, definiendo cronogramas claros, responsables, metas e indicadores de cumplimiento para cada instrumento archivístico.

Garantizar la asignación de recursos (humanos, técnicos y presupuestales) que permitan la implementación efectiva del SIC, TRD y TVD.

Soporte del PINAR publicado en la página web institucional

Se verifican cada uno de los proyectos determinados en el PINAR aprobado y se identificó:
Proyecto 1. Convalidar Tablas de Retención Documental

PLAN INSTITUCIONAL ARCHIVISTICO - PINAR
FORMULACION DE PLANES Y PROYECTOS ARCHIVISTICOS

PROYECTO: 1 TRD

NOMBRE DEL PROYECTO: Convalidar e Implementar las Tablas de Retención Documental ante el concejo distrital de archivo	**ALCANCE DEL PROYECTO:** Realizar mesas de trabajo con el concejo distrital de archivo, realizar las correcciones de los hallazgos encontrados, subsanar todo y obtener la convalidación de las **TRD** para implementar al interior de la Personería en cada dependencia el uso y manejo de las **TRD**	**META ESPERADA:** 100% Convalidación e Implementada

OBJETIVO DEL PROYECTO: Presentar las Tablas de Retención Documental ante el consejo Distrital de Archivo realizar los ajustes correspondientes para su convalidación e implementación en toda la enfidad.
Para así dar cumplimiento al eje estratégico Archivo al Dia: ¡Info a un Clic!

ACTIVIDAD	INDICADOR	RECURSO	FECHA INICIO	FECHA FINAL	RESPONSABLE DE EJECUCION	ENTREGABLE
Presentar las TRD ante el Concejo Distrital de Archivo- Acuerdo 001 de 2024- Art 5.1.2.4 términos para la evaluación Técnica	Numero de tablas presentadas	Equipo Interdisciplinario Apoyo a la Gestión	23/02/2026 (60 Dias hábiles Evaluación Técnica)	30/03/2026 (10 hábiles Para Subsanar los documentos faltantes, so pena de rechazo de la solicitud)	Personería Auxiliar -P, U Gestión Documental	Documento con tablas de retención documental TRD



PETICIÓN RECIBIDA CON REGISTRO EXT-AMC-26-0053519

De notificacionesalc@cartagena.gov.co el 2026-04-29 12:24
Detalles Cabeceras Sólo texto

Estimado (a): **HENRY NAVAS COLON**, su solicitud con el asunto **Requisitos para la evaluación técnica de las Tablas de Retención Documental - TRD**, ha sido registrada satisfactoriamente.

Se ha generado el siguiente código de radicado y contraseña:

Código de radicado: **EXT-AMC-26-0053519**
Contraseña: **489068da**
Fecha de radicación:**29/04/2026 12:24 p. m.**

Pulse aqui para hacer seguimiento:
https://sigob.cartagena.gov.co/seguimientocorrespondencia

Este correo es de tipo informativo y, por lo tanto, le pedimos no responda este mensaje.Â Con la decisión del uso del canal virtual, contribuyente a la preservación del medio ambiente, disminuyendo el consumo de papel.

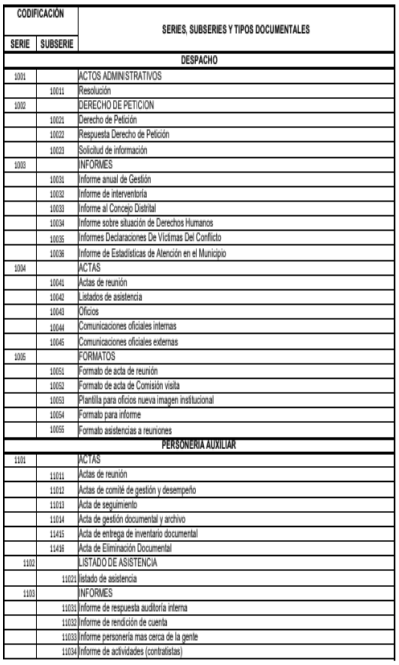
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Es importante señalar que los datos facilitados en este formato pasarán a formar parte de los archivos automatizados propiedad de la Alcaldía de Cartagena y podrán ser utilizados para el ejercicio de las competencias asignadas por Ley. Lo anterior de conformidad con la Ley 1581 de 2012, "Por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales."

Se evidencia la formulación y aprobación del Plan Institucional de Archivos – PINAR en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Personería Distrital de Cartagena, instrumento estratégico que orienta la gestión documental de la Entidad en cumplimiento de la normativa archivística vigente, adoptado mediante Resolución No. 017 del 29 de enero de 2026.

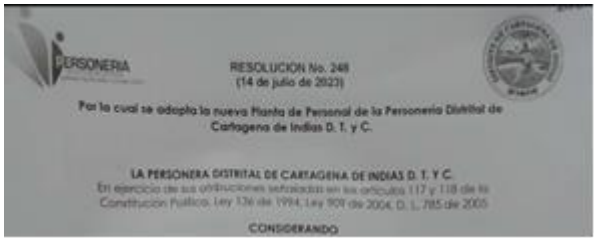
En el marco de este plan, se identifican diferentes proyectos, entre los cuales se destaca el **Proyecto No. 1:** Convalidación de las Tablas de Retención Documental (TRD). Al respecto, se verifica que dicho proyecto presenta avance, evidenciado en la radicación de la solicitud de convalidación ante la autoridad competente, bajo el **número EXT-AMC-26-0053519**, lo cual constituye un hito relevante dentro del proceso de organización y normalización documental de la entidad.

La convalidación de las Tablas de Retención Documental reviste alta importancia para la Personería Distrital de Cartagena, toda vez que permite dar cumplimiento a la normativa expedida por el Archivo General de la Nación (AGN), la cual establece la obligatoriedad de contar con Tablas de Retención Documental debidamente aprobadas y convalidadas para las entidades públicas.

Fortalecer el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), al disponer de información debidamente organizada, íntegra y confiable para los procesos de seguimiento, control y toma de decisiones.



CODIFICACIÓN		SERIES, SUBSERIES Y TIPOS DOCUMENTALES
SERIE	SUBSERIE	
		DESPACHO
1001		ACTOS ADMINISTRATIVOS
	10011	Resolución
1002		DERECHO DE PETICION
	10021	Derecho de Petición
	10022	Respuesta Derecho de Petición
	10023	Solicitud de información
1003		INFORMES
	10031	Informe anual de Gestión
	10032	Informe de interventoría
	10033	Informe al Concejo Distrital
	10034	Informe sobre situación de Derechos Humanos
	10035	Informes Declaraciones De Víctimas Del Conflicto
	10038	Informe de Estadísticas de Atención en el Municipio
1004		ACTAS
	10041	Actas de reunión
	10042	Listados de asistencia
	10043	Oficios
	10044	Comunicaciones oficiales internas
	10045	Comunicaciones oficiales externas
1005		FORMATOS
	10051	Formato de acta de reunión
	10052	Formato de acta de Comisión visita
	10053	Plantilla para oficios nueva imagen institucional
	10054	Formato para informe
	10055	Formato asistencias a reuniones
		PERSONERIA AUXILIAR
1101		ACTAS
	11011	Actas de reunión
	11012	Actas de comité de gestión y desempeño
	11013	Acta de seguimiento
	11014	Acta de gestión documental y archivo
	11415	Acta de entrega de inventario documental
	11416	Acta de Eliminación Documental
1102		LISTADO DE ASISTENCIA
	11021	listado de asistencia
1103		INFORMES
	11031	Informe de respuesta auditoría interna
	11032	Informe de rendición de cuenta
	11033	Informe personería mas cerca de la gente
	11034	Informe de actividades (contratistas)



RESOLUCION No. 248
(14 de julio de 2023)

Por la cual se adopta la nueva Planta de Personal de la Personería Distrital de Cartagena de Indias D. T. y C.

LA PERSONERA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.

CONSIDERANDO

Personería Distrital de Cartagena de Indias

TABLA DE RETENCION DOCUMENTAL

MEMORIA DESCRIPTIVA

2026

Proyecto 2. Elaborar y Convalidar Tablas de Valoración Documental

Se confirmó que a la fecha no se encuentran definidas ni aplicadas.

Actualmente la entidad se encuentra en la etapa de definición del plan de trabajo para su elaboración, conforme a los lineamientos del PINAR y la normativa archivística aplicable.

Dicho plan de trabajo incluirá fases de diagnóstico, identificación de series con valor secundario, plazos, responsables y recursos necesarios.

Proyecto 3. Actualizar el Sistema Integrado de Conservación
En detalle, se observa:
Programa de Actualización del Sistema Integrado de Conservación Documental:
No se evidencia cronograma de cumplimiento vigencia presente, lo que limita la adopción de lineamientos técnicos para la adecuada conservación de los archivos institucionales.

Programa de Capacitación y Sensibilización:
Se identifica que no se encuentra articulado con el Plan Institucional de Capacitación, generando desalineación en los procesos formativos y afectando la apropiación de buenas prácticas en gestión documental por parte de los servidores.

Programa de Saneamiento Ambiental (limpieza, desinfección, desratización y desinsectación):
Se evidenció la realización de una jornada de capacitación durante lo corrido del año; sin embargo, no se observan soportes suficientes que den cuenta de la ejecución periódica de las actividades operativas propias del programa.













Programa de Monitoreo y Control de Condiciones Ambientales:
Se cuenta con un informe que evidencia seguimiento a las condiciones ambientales, lo que constituye un avance en la implementación del programa, aunque se recomienda asegurar su periodicidad y trazabilidad.







Programa de Prevención de Emergencias y Atención de Desastres en el Archivo Central:
Se indica que debe articularse con la profesional universitaria de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST); no obstante, a la fecha no se evidencian actividades de capacitación ni implementación efectiva del programa.

Programa de Almacenamiento y Re-almacenamiento:
No se evidencia la existencia de informes o soportes que respalden la ejecución de jornadas relacionadas con la adecuada organización, reubicación y conservación de documentos**.**

Programa de saneamiento ambiental: Limpieza desinfección, desratización y desinsectación/ 2 jornadas de limpiezas generales en Archivo Central en el año, se entrelaza con el cumplimiento del Programa de Saneamiento Ambiental

Proyecto 4. Organización de Fondos Acumulados – Archivo Central
Intervención Archivística Archivo Central: Elaboración de FUID – Digitalización del Fondo Acumulado a en el SIAP como herramienta de respaldo del FUD además la fecha existe un Referencia el profesional universitario Henry Navas que emitió un informe de digitalización a la personera auxiliar anexo soporte de esta.

Avance del primer trimestre (enero - marzo) Plan De Acción digitalización total de documentos albergados en el archivo central.

El proceso de Gestión Documental en el primer trimestre del 2026 digitalizó los expedientes discriminados a continuación:

No	DESCRIPCIÓN	AÑO	CANTIDAD DE EXPEDIENTES	CANTIDAD DE CAJAS	METROS LINEALES
1	NOMINA	1996-2022	160	15	3,75
2	EGRESOS	2017-2020	267	25	6,25
TOTAL			427	40	10

El proceso de Gestión Documental de la Personería Distrital de Cartagena atendió requerimientos solicitados a través de la plataforma SIAP

REQUERIMIENTOS ENERO – MARZO 2026		
No	**RADICADO**	**ASUNTO**
1	3252603123641150000	solicitud de información
2	892603103641149000	Asistencia obligatoria a la charla Concientización RESILIENCIA
3	1692602195212140000	acto administrativo copasst
4	3252602183641140000	Solicitud de documentación
5	1692602045212140000	informe jornada limpieza archivo
6	2382602023867140000	Identificación de riegos plataforma SIGPER
7	2382512043788130000	Solicitud de copias de pagos salarios a nombre de Olimpia Buelvas Amaya años 2008 y 2009.

Finalmente, se concluye la revisión de los proyectos contemplados en el Plan Institucional de Archivos (PINAR), evidenciando avances puntuales, así como debilidades en la implementación de algunos programas asociados, especialmente en lo relacionado con su ejecución, articulación institucional y generación de soportes documentales. En este sentido, se recomienda fortalecer la planeación, seguimiento y control de dichos programas, a fin de garantizar su cumplimiento integral y la adecuada

alineación con la normatividad archivística vigente, contribuyendo así al mejoramiento continuo de la gestión documental y al fortalecimiento del sistema institucional.

POLÍTICA GESTIÓN DOCUMENTAL

La Resolución No. 166 del 24 de junio de 2025, "Por la cual se adopta la Política de Gestión Documental, el Sistema Integrado de Conservación y el Programa de Gestión Documental de la Personería Distrital de Cartagena", establece los siguientes lineamientos, respecto de los cuales se evidenció lo siguiente:

PLANEACION DOCUMENTAL

PLANEACION		OBSERVACIONES CUMPLEN		
ASPECTO GENERALES	ACTIVIDAD POR DESARROLLAR	SI	NO	COMENTARIOS
Administración de documentos	Actualizar, aprobar y divulgar la política de Gestión Documental.	X		Actualizada y aprobada en el comité de gestión y desempeño
	Elaborar, revisar, y aprobar el Programa de Gestión Documental- PGD.	X		Actualizada y aprobada en el comité de gestión y desempeño
	Actualización, convalidación, y publicación de la Tablas de Retenciones Documental y cuadro de clasificación documental.	X		Registro EXT-AMC-26-0053519 Solicitud de evaluación técnica de las TRD
	Realizar inventarios documentales	X		Se hacen mesas de trabajo para la identificación
	Crear el banco terminológico de tipos, series, y subseries documentales.	X		Se hacen mesas de trabajo para la identificación

Directrices para la creación y diseño de documentos	Proponer el mejoramiento del Sistema de Gestión Documental para el trámite y gestión de los documentos desde su radicación hasta su disposición final, teniendo en cuenta las políticas de seguridad de la información a interoperabilidad con los demás sistemas.	X		Se encuentra vi Política De Privacidad Para La Protección De Datos Y Seguridad De La Información Personal. En pagina web
	Determinar la gestión de los documentos de acuerdo con el registro de activos de información (TRD y los demás instrumentos archivísticos).		X	Está en trámite la Solicitud de evaluación técnica de las TRD
Sistema de Gestión de documentos electrónicos de Archivos-SGDEA	Plantear las necesidades de infraestructura del Sistema de Gestión Documental, los repositorios y Backus de la imágenes y registros de los documentos radicados en el sistema, acorde con los parámetros y buenas prácticas establecidos por el Archivo General de la Nación.		x	El proceso envía oficio del plan de mejoramiento el día 28 de mayo de 2026. no resulta viable ni jurídicamente procedente adoptar un Modelo de Requisitos o avanzar en la implementación de un sistema de gestión documental electrónico sin contar previamente con las TRD debidamente convalidadas
Mecanismos de autenticación	Elaborar el modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos (Firma electrónicas y certificado de sello digital).		x	una vez están convalidadas la TRD se ajustará los mecanismos de autenticación
Asignación de metadatos	Identificar y definir los metadatos mínimos de los documentos de archivo (contenido, estructura y contexto) vinculados durante todo el ciclo vital.		x	una vez están convalidadas la TRD se ajustará los mecanismos de autenticación

PRODUCCION DOCUMENTAL

PRODUCCION DOCUMENTAL	OBSERVACIONES CUMPLEN

ASPECTO GENERALES	ACTIVIDAD POR DESARROLLAR	SI	NO	COMENTARIOS
FORMA DE PRODUCCIÓN O INGRESO	Capacitar a los funcionarios en temas relacionados con la Gestión Documental para fomentar las buenas prácticas.	X		Si a la fecha se evidencian capacitaciones
	Diseñar procedimientos de formas y formularios de la Entidad.	X		Cuentan con documentos creados reposan en SIAP

GESTIÓN Y TRÁMITES

GESTIÓN Y TRÁMITES		TIPOS DE REQUISITOS		
ASPECTO GENERALES	**ACTIVIDAD POR DESARROLLAR**	**SI**	**NO**	**COMENTARIOS**
REGISTRO DE DOCUMENTOS.	Integración de las tablas de retención documental al sistema de gestión documental para mejorar la clasificación de la información		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad
	Normalización de las características de redacción y presentación de los asuntos institucionales en el sistema de gestión documental para mejorar la descripción de los documentos		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad
DISTRIBUCIÓN	Establecer los parámetros para la digitalización de los documentos.		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad
ACCESO Y CONSULTA	Mejorar el sistema de gestión documental para hacer las consultas de expedientes virtuales.	X		Al momento de validar la información se encuentra la herramienta tecnológica de consulta SIAP

	Adecuar los espacios en los archivos de gestión para que cumplan con las condiciones necesarias de seguridad y acceso.	X		A la fecha la entidad cumple parcialmente con las condiciones de seguridad
CONTROL Y SEGUIMIENTO	A través del sistema de gestión documental se propone mejorar controles para verificar la trazabilidad de los trámites y su responsable, ajustando el sistema de tal manera que permita alertar a los ciudadanos sobre el trámite de los documentos.		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad

ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL

ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL		TIPOS DE REQUISITOS		
ASPECTO GENERALES	**ACTIVIDAD POR DESARROLLAR**	**SI**	**NO**	**COMENTARIOS**
Ordenación Y Clasificación	Aplicar las Tablas de Retención y valoración Documental, mediante procesos técnicos de organización a la documentación que se tiene custodiada, producto de transferencias de años anteriores.		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad Existe la programación documental y los procedimientos están en el aplicativo SIAP
	Diseñar, actualizar y consolidar las diferentes bases de datos utilizadas para la recuperación de la información		X	
	Realizar seguimiento a los diferentes instrumentos archivísticos adoptados por la Entidad.		X	
	Establecer el programa de descripción documental.	X		
	Incluir dentro del proceso de administración documental, la descripción del procedimiento de organización documental, en el que se definan las actividades y responsables de acuerdo con sus fases	X		

TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES

TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES		**TIPOS DE REQUISITOS**		
ASPECTO GENERALES	**ACTIVIDAD POR DESARROLLAR**	**SI**	**NO**	**COMENTARIOS**
PREPARACIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS	Uso de herramientas automatizadas que permitan aplicar las Tablas de Retención Documental.		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad
	Elaborar el cronograma de transferencias primarias documentales a partir de la actualización de la Tabla de Retención Documental.		X	Se reciben transferencias sin embargo las tablas de TRD
	Definir los parámetros para transferencias documentales en otros soportes		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad
VALIDACIÓN DE LA TRANSFERENCIA.	Verificar la aplicación de los procesos técnicos en la organización de los expedientes para la entrega de la transferencia.		X	
	Uso de herramientas automatizadas para la elaboración de inventarios documentales.		X	
MIGRACIÓN, REFRESHING, EMULACIÓN O CONVERSIÓN	Diseñar lineamientos para asegurar la conservación y la consulta de documentos electrónicos y digitales de archivo, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el AGN.		X	
METADATOS	Crear los lineamientos para la definición de metadatos para la recuperación de la información para documentos físicos y electrónicos.		X	Las TRD están en trámite por lo anterior no se realiza hasta la fecha la actividad

DISPOSICION FINAL DE DOCUMENTOS

DISPOSICION FINAL DE DOCUMENTOS		TIPOS DE REQUISITOS		
ASPECTO GENERALES	**ACTIVIDAD POR DESARROLLAR**	**SI**	**NO**	**COMENTARIOS**
DIRECTRICES GENERALES	Implementar los procedimientos de disposición final de documentos. Uso de herramientas automatizadas que facilite el control y la aplicación de la disposición final de los documentos.	X		Se encuentran en el SIAP
ELIMINACIÓN	Aplicar el procedimiento de eliminación de series documentales establecidos en las TRD y TVD para garantizar una destrucción segura de los documentos físicos o electrónicos.		X	Las TRD están en tramite
	Establecer las metodologías y generalidades que garanticen la seguridad y reserva de la información.	X		Las TRD están en tramite Se encuentran en el SIAP

PRESERVACION A LARGO PLAZO

PRESERVACION A LARGO PLAZO		TIPOS DE REQUISITOS		
ASPECTO	**ACTIVIDAD POR DESARROLLAR**	**SI**	**NO**	**COMENTARIOS**

GENERALES				
Sistema Integrado de Conservación	Elaborar e implementar el sistema integrado de conservación SIC.	X		Existe formulada y aprobada la RESOLUCION No. 166 DE 24 DE JUNIO DE 2025
	Definir lineamientos para la preservación de documentos análogos, digitales y electrónicos.	X		
	Realizar un estudio de necesidades para la adecuación de la infraestructura	X		
Seguridad de la información	Establecer la política de seguridad de la información	X		Se valida en pagina web
	Selección de documentos de acuerdo con la finalización del periodo de retención indicado en las Tablas de Retención Documental, aplicando técnicas de muestreo.		X	Este en tramite esta actividad
	Definir los lineamientos de conservación de Documentos Electrónicos.		x	No se tienen definidos en la política
Requisitos para la preservación y conservación de los documentos electrónicos de archivo	Disponer parámetros para la seguridad de la información en entornos electrónicos.		x	No se tienen definidos en la política
	Identificar cuáles son los documentos electrónicos de archivo que se producen en el interior de la Entidad.	x		Los documentos a través de la herramienta SIAP
Requisitos para las técnicas de preservación a largo plazo	Políticas de Backups		X	Una política no existe , solo u procedimiento

VALORACION DOCUMENTAL

VALORACIÓN DOCUMENTAL		**TIPOS DE REQUISITOS**		
ASPECTO GENERALES	**ACTIVIDAD POR DESARROLLAR**	**SI**	**NO**	**COMENTARIOS**
DIRECTRICES GENERALES	Elaborar fichas de valoración documental para revisar la producción de documentos relacionados con la estructura orgánica, procedimientos, políticas, contexto funcional, social, cultural y normativa de la Entidad, para definir criterios que determinen valores primarios y secundarios.	X		Actualmente se cuenta con una estructura documental, documentos MECI aplicativo SIAP

HALLAZGO N.º 4 – Debilidades en la implementación operativa de la Política de Gestión Documental

Riesgo: Posibilidad de pérdida reputacional debido a la inadecuada implementación y ejecución de las actividades definidas en la Política de Gestión Documental, las cuales hacen parte del marco normativo y operativo del proceso archivístico.

Condición:
En el marco de la auditoría al proceso de gestión documental, y conforme a la Resolución No. 166 del 24 de junio de 2025, mediante la cual se adopta la Política de Gestión Documental, el Sistema Integrado de Conservación (SIC) y el Programa de Gestión Documental (PGD) de la Personería Distrital de Cartagena, se evidenció que, si bien la Entidad ha avanzado en la formulación, aprobación y publicación de los lineamientos estratégicos, persisten debilidades en su implementación operativa.

En particular, se identificó que múltiples actividades asociadas a las etapas de planeación documental, gestión y trámite, organización documental, transferencias, disposición final, preservación a largo plazo y valoración documental se encuentran sin ejecución o parcialmente implementadas, debido a que las Tablas de Retención Documental (TRD) se encuentran en trámite de evaluación técnica para su convalidación.

Esta situación ha generado que procesos clave como la clasificación documental, disposición final, digitalización, control y seguimiento, definición de metadatos, transferencias documentales y

preservación de documentos electrónicos no se estén ejecutando conforme a los lineamientos establecidos, limitando la operatividad integral del sistema.

Criterio:
Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos), lineamientos del Archivo General de la Nación (AGN) y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), así como la propia Resolución No. 166 de 2025, que establecen la obligación de implementar de manera efectiva los instrumentos archivísticos (TRD, TVD, PGD, SIC), garantizando la gestión integral del ciclo de vida documental.

Causas:
Debilidades en la gestión estratégica del proceso de gestión documental, al no integrarse oportunamente dentro de los planes institucionales (Plan de Acción, PINAR, MIPG), afectando su priorización.

Limitada articulación entre las áreas responsables, lo que impide una ejecución transversal de la Política de Gestión Documental y de los instrumentos archivísticos.

Falta de definición e implementación de políticas específicas complementarias, tales como backups, preservación digital y gestión de documentos electrónicos.

Efecto / Consecuencias:
Paralización o ejecución parcial de actividades críticas del proceso de gestión documental.
Limitaciones para la implementación de sistemas electrónicos de gestión documental (SGDEA).
Incumplimiento de la normativa archivística vigente.
Riesgo de observaciones por parte de entes de control.
Impacto negativo en los resultados institucionales asociados a MIPG y FURAG.

Recomendaciones:
Establecer cronogramas claros de implementación progresiva de la Política de Gestión Documental, con responsables, metas e indicadores de seguimiento.

Desarrollar lineamientos mínimos para la gestión de documentos electrónicos (metadatos, autenticación, backups, seguridad), mientras se surte el proceso de convalidación de manera transversal con el área de gestión TIC.

Fortalecer los mecanismos de control interno y seguimiento, asegurando la trazabilidad de las actividades y el cumplimiento de los lineamientos definidos.

Solicitar y gestionar los recursos técnicos, humanos y presupuestales suficientes para garantizar la implementación efectiva del sistema de gestión documental.

Capacitar y sensibilizar a los funcionarios, promoviendo la apropiación de las buenas prácticas en gestión documental, incluso en fase de transición.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

En desarrollo de la auditoría interna basada en riesgos al proceso de Gestión Documental y Archivo de la Personería Distrital de Cartagena, se concluye que la Entidad presenta avances relevantes en la estructuración, formalización y documentación del proceso, especialmente en la adopción de políticas, procedimientos, formatos, instrumentos archivísticos y organización documental en el aplicativo SIAP. Estos avances evidencian fortalecimiento progresivo del componente estratégico y del Sistema de Control Interno.

No obstante, desde el rol de tercera línea de defensa, la Oficina de Control Interno identificó debilidades estructurales, operativas y de articulación institucional que limitan la implementación efectiva de los controles y de los instrumentos archivísticos. Dichas situaciones requieren intervención prioritaria por parte de la primera y segunda línea de defensa, así como seguimiento periódico por la Alta Dirección.

La insuficiente capacidad instalada del Archivo Central, que afecta la adecuada conservación, organización y disponibilidad de la información.

Las limitaciones en la ejecución del Plan Institucional de Archivos – PINAR y del Sistema Integrado de Conservación (SIC), evidenciadas en la ausencia de cronogramas actualizados y soportes de ejecución.

La dependencia de la convalidación de las Tablas de Retención Documental (TRD), lo cual restringe la operatividad de procesos clave como la clasificación, disposición final, transferencias documentales y gestión de documentos electrónicos.

La débil articulación entre el proceso de Gestión Documental y otras dependencias institucionales, particularmente en lo relacionado con la gestión del talento humano y la formulación del Plan Institucional de Capacitación.

RECOMENDACIONES GENERALES

Con base en los resultados de la auditoría realizada al proceso de Gestión Documental y Archivo, se formulan las siguientes recomendaciones estratégicas, transversales y priorizadas, orientadas a fortalecer el diseño, ejecución, seguimiento y efectividad de los controles del proceso:

1. Fortalecer la planeación integral del proceso: Consolidar un esquema articulado entre PINAR, PGD, SIC, Política de Gestión Documental, Plan de Acción Institucional y mapa de riesgos, con cronogramas actualizados, responsables definidos, metas verificables e indicadores de seguimiento.

2. Priorizar la convalidación e implementación de las TRD: Gestionar de manera prioritaria la convalidación de las Tablas de Retención Documental y preparar acciones operativas para su implementación inmediata una vez sean aprobadas, evitando retrasos en clasificación, transferencias, disposición final y gestión de documentos electrónicos.

3. Actualizar el mapa de riesgos del proceso: Incorporar los riesgos identificados en auditorías anteriores, revisar su pertinencia frente a la realidad operativa actual y asegurar coherencia entre riesgo, causa, control, evidencia, periodicidad, responsable y seguimiento de efectividad.

4. Articular la capacitación institucional: Coordinar con Talento Humano la inclusión obligatoria de temas archivísticos en el Plan Institucional de Capacitación, con diagnóstico de necesidades, cronograma, responsables, evidencias e indicadores de apropiación e impacto.

5. Fortalecer la gestión de documentos electrónicos: Definir lineamientos mínimos para metadatos, autenticación, copias de respaldo, preservación digital, seguridad de la información y trazabilidad documental, en coordinación con el área TIC y en armonía con los instrumentos archivísticos vigentes.

6. Implementar seguimiento gerencial: Presentar los avances del plan de mejoramiento ante las instancias institucionales competentes, incluyendo responsables, fechas de cumplimiento, evidencias y análisis de efectividad de las acciones implementadas.

Se recomienda solicitar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño que, en el marco de la planeación presupuestal de la vigencia 2027, priorice la asignación de recursos orientados a la implementación de un plan integral de fortalecimiento de la infraestructura archivística, el cual contemple, como mínimo:

La ampliación y adecuación de los espacios destinados al Archivo Central, garantizando condiciones técnicas apropiadas para la conservación documental.

La adquisición de mobiliario especializado (archivadores, estantería técnica, sistemas de almacenamiento), conforme a los lineamientos del Archivo General de la Nación (AGN).

La definición e implementación de alternativas de almacenamiento controlado, que aseguren condiciones óptimas de seguridad, conservación y acceso a la información.

Lo anterior, con el propósito de mitigar los riesgos asociados a la inadecuada conservación, pérdida, deterioro o indisponibilidad de la información institucional, y en cumplimiento de la normatividad archivística vigente.

EQUIPO AUDITOR RESPONSABLE DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
ENITH TORREGLOSA LEMUS	Líder de auditoría	

REVISIÓN, AJUSTE Y APROBACIÓN DEL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA	**Jefe de Oficina de Control Interno**	

Personería Distrital de Cartagena de Indias

INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES DE PROCESOS 2026

Presentado a: **ELIANA DEL CARMEN SIMANCAS TINOCO**
Personera Distrital de Cartagena

Copia a: **JANNY AGUAS RODRIGUEZ**
Personera Auxiliar

Presentado Por: **ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA**
Jefe de oficina de control interno

Elaborado Por: **SAUL CORREA MUÑOZ**
Profesional Universitario
INDIANA RAMIREZ PAJARO
Asesora Externa
YEIMIS MARIMON GONZALEZ
Asesora Externa
MARÍA VALENCIA MANJARREZ
Asesora Externa

	PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA	**Código: GE-F-004**
	GESTIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO	**Versión: 4**
	FORMATO INFORME DE AUDITORIA/EVALUACIÓN O SEGUIMIENTO	**Fecha de aprobación: 08/05/2024**

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	**Día:**	**16**	**Mes:**	**06**	**Año:**	**2026**

Referencia (tema).	**INFORME DE SEGUIMIENTO RIESGOS INSTITUCIONALES DE PROCESOS 2026**
Responsable del informe	**ANSELMA PATRICIA ARANZA PERALTA** **Jefe de Oficina de Control Interno**
Proceso o subproceso	**GESTIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO**
Presentado a	**ELIANA DEL CARMEN SIMANCAS TINOCO** Personera Distrital de Cartagena **JANNY AGUAS RODRIGUEZ** Personera Auxiliar

Proceso, procedimiento o actividad evaluada	Informe de seguimiento a los riesgos institucionales.
Objetivo general:	Presentar los resultados del seguimiento independiente efectuado por la Oficina de Control Interno a la gestión de los riesgos institucionales durante el primer semestre de la vigencia 2026, verificando la aplicación de la metodología de gestión integral del riesgo en las etapas de identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento. La evaluación se fundamenta en la información reportada por los líderes de proceso en SIGPER, los soportes disponibles y la información institucional publicada, con el propósito de emitir observaciones, alertas y recomendaciones orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y a la toma de decisiones por parte de la alta dirección.

Objetivos Específicos:	• Verificar la consistencia metodológica en la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos institucionales y de corrupción reportados por los procesos durante el primer semestre de 2026. • Evaluar la calidad del diseño de los controles establecidos, verificando su relación con las causas del riesgo, la definición de responsables, la periodicidad, la evidencia de ejecución y su capacidad para reducir el riesgo residual. • Determinar el grado de cumplimiento del monitoreo efectuado por la primera línea de defensa y del acompañamiento metodológico realizado por la segunda línea, a partir de la información registrada en SIGPER y de los soportes disponibles.
Alcance:	La presente evaluación comprende la gestión de los riesgos institucionales y de corrupción de la Personería Distrital de Cartagena, con corte del 1 de enero al 30 de mayo de 2026, e incluye la revisión del diseño de los controles, su coherencia con los riesgos identificados, la evidencia de monitoreo reportada por la primera línea de defensa y el acompañamiento metodológico efectuado por la segunda línea de defensa en los procesos evaluados.

Criterios:	• Constitución Política de Colombia, artículos 209 y 269. • Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado. • Ley 1474 de 2011, en lo relacionado con medidas de prevención de la corrupción y seguimiento a riesgos de corrupción. • Decreto 1083 de 2015 y Decreto 648 de 2017, en particular respecto de los roles de las Oficinas de Control Interno y la evaluación de la gestión del riesgo. • Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, 2025, del Departamento Administrativo de la Función Pública. • Modelo de las Tres Líneas del Instituto de Auditores Internos (IIA), aplicado como referente para delimitar responsabilidades entre la línea estratégica, la primera, segunda y tercera línea de defensa. • Política para la administración del riesgo y diseño de controles de la Personería Distrital de Cartagena, vigencia 2024, y demás instrumentos internos asociados. • Mapas de riesgos institucionales, de corrupción y registros de seguimiento disponibles en SIGPER.

Metodología:	La Oficina de Control Interno desarrolló un seguimiento independiente con enfoque basado en riesgos, tomando como referente la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, y el rol de evaluación y seguimiento propio de la tercera línea de defensa. La revisión comprendió: i) verificación de la estructuración de los riesgos y su alineación con los objetivos de proceso; ii) análisis del diseño de los controles, su tipología, responsable, frecuencia, trazabilidad y evidencia; iii) contraste entre la información registrada en SIGPER, los soportes suministrados y los resultados de seguimientos previos; y iv) evaluación del monitoreo adelantado por la primera línea de defensa y del acompañamiento efectuado por la segunda línea. El ejercicio se realizó mediante revisión documental, observación, validación selectiva de registros y análisis de consistencia, con el fin de emitir una valoración objetiva sobre la efectividad de la gestión integral del riesgo, la suficiencia del diseño de los controles, la trazabilidad del monitoreo y la oportunidad de las acciones de tratamiento definidas por los procesos.

Riesgos del informe o seguimiento	• Riesgo de emitir conclusiones con información incompleta, desactualizada o inconsistente, debido a deficiencias en los registros de seguimiento o a la falta de soportes suficientes por parte de los procesos evaluados. • Riesgo de limitar el alcance del análisis por debilidades en la trazabilidad de la evidencia, lo que puede afectar la verificación objetiva de la ejecución de controles y del monitoreo reportado. • Riesgo de interpretar de manera inadecuada la valoración residual o la efectividad de los controles cuando la matriz de riesgos presenta inconsistencias metodológicas, duplicidades o formulaciones ambiguas. • Riesgo de afectar la oportunidad del seguimiento por entrega tardía de información, cambios no reportados en los riesgos o ausencia de articulación entre la primera y la segunda línea de defensa. • Riesgo de que las recomendaciones del informe no generen valor agregado suficiente si no se articulan con los planes de mejoramiento, la política de administración del riesgo y los instrumentos metodológicos institucionales.

INTRODUCCIÓN:

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su rol de evaluación y seguimiento, desarrolló el presente informe con el propósito de emitir una valoración independiente sobre la gestión de los riesgos institucionales de la Personería Distrital de Cartagena durante el primer semestre de 2026.

De conformidad con la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, la gestión del riesgo constituye una responsabilidad inherente a la gestión institucional y debe desarrollarse de manera articulada entre la línea estratégica, la primera línea de defensa, la segunda línea y la tercera línea. En este marco, corresponde a la primera línea identificar, valorar, tratar y monitorear los riesgos de sus procesos; a la segunda línea orientar, consolidar, monitorear y acompañar metodológicamente dicho ejercicio; y a la tercera línea, representada por la Oficina de Control Interno, evaluar de manera objetiva e independiente la efectividad del esquema implementado.

En este contexto, el presente seguimiento no sustituye las responsabilidades de gestión de las dependencias ni de las instancias de coordinación; por el contrario, aporta aseguramiento razonable a la alta dirección sobre la calidad del proceso de administración del riesgo, la suficiencia del diseño de los controles y la trazabilidad del monitoreo reportado.

Para la revisión se consideraron los mapas de riesgos documentados en SIGPER, la política institucional de administración del riesgo, la información reportada por los líderes de proceso y los soportes disponibles de seguimiento, con énfasis en la coherencia entre causas, riesgos, controles, acciones de tratamiento y evidencias de ejecución.

Bajo este enfoque, el informe presenta observaciones y oportunidades de mejora dirigidas a fortalecer la gestión institucional del riesgo, incrementar la calidad del monitoreo y contribuir al mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno.

Estados de los riesgos: En el marco del presente seguimiento, la Oficina de Control Interno recuerda que los líderes de proceso, en su calidad de primera línea de defensa, son responsables de mantener actualizada la identificación, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, así como de asegurar la calidad técnica de los controles y la disponibilidad de evidencia suficiente sobre su ejecución.

Con base en las acciones adelantadas durante el primer semestre de 2026, la Oficina de Control Interno evaluó el grado de aplicación de la política institucional de administración del riesgo y la consistencia del diseño de controles frente a los lineamientos metodológicos vigentes. A continuación, se presentan los principales resultados del seguimiento, con énfasis en la calidad de la información reportada, la coherencia entre riesgos y controles, la oportunidad del monitoreo y la suficiencia de la evidencia disponible para sustentar su ejecución.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS			TIPO DE CONTROL			
PROCESOS		N° RIESGOS	PREVENTIVO	DETECTIVO	CORRECTIVO	TOTAL CONTROL
APOYO	Gestión Administrativa	4	3	0	1	4
	Gestión Administrativa – Almacén	3	3	0	0	3
	Gestión Administrativa – Contabilidad	6	6	0	0	6
	Gestión de la Contratación	4	4	0	0	4
	Gestión del Talento Humano	4	4	0	0	4
	Gestión del Talento Humano – Nómina	3	3	0	0	3
	Gestión del Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo	3	3	0	0	3
	Gestión Documental	3	3	0	0	3
	Gestión Jurídica	Gestión Jurídica	3	0	0	3
	Gestión Presupuestal y Financiera	3	3	0	0	3
TOTAL		36	35	0	1	36

Elaborado por la OCI.

IDENTIFICACION DE RIESGOS			TIPO DE CONTROL			
PROCESOS		N° RIESGOS	PREVENTIVO	DETECTIVO	CORRECTIVO	TOTAL CONTROL
CONTROL	Gestion control y seguimiento	6	6	0	0	6
		6	6	0	0	6

Elaborado por la OCI.

IDENTIFICACION DE RIESGOS			TIPO DE CONTROL			
PROCESOS		N° RIESGOS	PREVENTIVO	DETECTIVO	CORRECTIVO	TOTAL CONTROL
ESTRATEGICO	Gestion de las comunicaciones	4	4	0	0	4
	Gestion TIC	8	8	0	0	8
	Planeacion institucional	5	5	0	0	5
		17	17	0	0	17

Elaborado por la OCI.

IDENTIFICACION DE RIESGOS			TIPO DE CONTROL			
PROCESOS		N° RIESGOS	PREVENTIVO	DETECTIVO	CORRECTIVO	TOTAL CONTROL
MISIONAL	Gestion de la Comunidad	4	5	0	0	5
	Gestion de la Comunidad 2	4	5	0	0	5
	Gestion servicios publicos	4	5	0	0	5
	Gestion asuntos penales	4	6	0	0	6
	Gestion servicio atencion ciudadano	4	4	0	0	4
	Gestion Conciliacion	3	3	0	0	3
	Gestion Vigilancia a la Conducta	3	4	0	1	5
	Gestion Control Disciplinario	5	5	0	0	5
	Gestion del Medio Ambiente	5	5	0	0	5
	Gestion asuntos policivos	4	5	0	0	5
	Gestion Control Urbanistico	4	5	0	0	5
	Gestion educacion deporte	4	6	0	1	5
	Gestion infancia Adolescencia	4	4	0	0	4
	Gestion DDHH	4	5	0	0	5
	Gestion Salud	4	5	0	0	5
		60	72	0	0	72

Elaborado por la OCI.

Con base en la información consolidada en las tablas anteriores, la Oficina de Control Interno observó que, con corte al 30 de mayo de 2026, la Personería Distrital de Cartagena registró en la matriz de riesgos de la plataforma SIGPER un total de 119 riesgos y 133 controles asociados. No obstante, desde la perspectiva de tercera línea de defensa, más allá del volumen de registros, el análisis debe concentrarse en la calidad de la estructuración de los riesgos, la pertinencia del diseño de los controles y la existencia de evidencia suficiente para soportar el monitoreo

reportado.

En relación con el monitoreo de los riesgos en la plataforma SIGPER, se evidenció avance en la identificación y actualización de los riesgos de varios procesos, así como la incorporación de ajustes promovidos en espacios de acompañamiento técnico. Sin embargo, persisten oportunidades de mejora en la estandarización de los registros, la calidad de algunas descripciones del riesgo, la asociación entre causas y controles y la trazabilidad de la evidencia que soporta el seguimiento reportado.

A partir de los seguimientos y validaciones efectuados, la OCI identificó que un porcentaje importante de los procesos cuenta con registros de seguimiento en los periodos establecidos; sin embargo, la efectividad del monitoreo no debe medirse únicamente por la existencia del registro, sino por la calidad, oportunidad y suficiencia de la evidencia que demuestre la ejecución real del control y la gestión del riesgo residual.

Consolidación y análisis de la información reportada por las dependencias

Gestión Administrativa en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PA-GESTION ADMINISTRATIVA EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUE? IMPACTO	¿COMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUE?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones del ente de control	debido a no cumplir con la devolución de los recursos no comprometidos en la vigencia fiscal.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones del ente de control debido a no cumplir con la devolución de los recursos no comprometidos en la vigencia fiscal.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones de organismo de control	debido a la omisión o pagos extemporáneo de obligaciones tributarias (ICA, Retefuentes, Estampillas, Sobretasa).	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones de organismo de control debido a la omisión o pagos extemporáneo de obligaciones tributarias (ICA, Retefuentes, Estampillas, Sobretasa).	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones de los entes de control	debido a errores en los pagos a servidores públicos, contratista, proveedores, y demás obligaciones sin el lleno de requisitos establecidos.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones de los entes de control debido a errores en los pagos a servidores públicos, contratista, proveedores, y demás obligaciones sin el lleno de requisitos establecidos.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones moratorios de los entes de control	debido a desembolsos extemporáneos en los pagos de la seguridad social, interés de cesantías, cesantías.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones moratorios de los entes de control debido a desembolsos extemporáneos en los pagos de la seguridad social, interés de cesantías, cesantías.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

← Regresar

Gestión Administrativa – Almacén en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PA-GESTION ADMINISTRATIVA-ALMACEN EN LA VIGENCIA 2025

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	por la no realización del inventario y descripción incorrecta de el mismo	debido a la mala organización y/o seguimiento de los bienes de la entidad	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por la no realización del inventario y descripción incorrecta de el mismo debido a la mala organización y/o seguimiento de lo inventariado	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la no entrega oportuna de insumos requeridos por las diferentes dependencias	debido a la falta de recursos o inadecuada gestión almacenista	Posibilidad de pérdida Reputacional por la no entrega oportuna de insumos requeridos por las diferentes dependencias debido a la falta de recursos o inadecuada gestión almacenista	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la incorrecta verificación del estado físico de los bienes para dar de baja	debido a la no articulación inventario - estado	Posibilidad de pérdida Reputacional por la incorrecta verificación del estado físico de los bienes para dar de baja debido a la no articulación inventario - estado	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por el traslado arbitrario de los bienes asignados	debido a la falta de control de los elementos entrantes y salientes.	Posibilidad de pérdida Reputacional por el traslado arbitrario de los bienes asignados debido a la falta de control de los elementos entrantes y salientes.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión Administrativa – Contabilidad en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PA-GESTION ADMINISTRATIVA-CONTABILIDAD EN LA VIGENCIA 2026

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por no Cumplir con el Principio de Planeación	Debido que no se pone en practican los pasos registrados en los procedimientos (CXC,CXP, PAC).	Posibilidad de pérdida Reputacional Por no Cumplir con el Principio de Planeación Debido que no se pone en practican los pasos registrados en los procedimientos (CXC,CXP, PAC).	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	Por Sanciones de los Entes de Control	Debido a que no se presenten los Estados Financieros con la Realidad Económica de la Entidad	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional Por Sanciones de los Entes de Control Debido a que no se presenten los Estados Financieros con la Realidad Económica de la Entidad	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Económica	Por Incumplimiento de la presentación de las Obligaciones Tributarias	Debido que no se cuenta con un Cronograma de pago con las Fechas Establecidas	Posibilidad de pérdida Económica Por Incumplimiento de la presentación de las Obligaciones Tributarias Debido que no se cuenta con un Cronograma de pago con las Fechas Establecidas	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por Perdida o Daño de la Informacion (Fisica o Digital) del Proceso Contable	Debido a la Falta de Mantenimiento de la Infraestructura Tecnologica o por Incumplimiento de los Lineamientos Legales Vigentes.	Posibilidad de pérdida Reputacional Por Perdida o Daño de la Informacion (Fisica o Digital) del Proceso Contable Debido a la Falta de Mantenimiento de la Infraestructura Tecnologica o por Incumplimiento de los Lineamientos Legales Vigentes.	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologias	Tecnologias
	R5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	Por Sanciones de los entes reguladores	Debido a la Publicación Extemporánea de los Estados e Información Financiera de las Fechas Establecidas.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional Debido a la Publicación Extemporánea de los Estados e Información Financiera de las Fechas Establecidas.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R6	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	por sanciones de los entes reguladores	debido a la Publicación Extemporánea de los Estados e Información Financiera de las Fechas Establecidas.	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones de los entes reguladores debido a la Publicación Extemporánea de los Estados e Información Financiera de las Fechas Establecidas.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de la Contratación en la vigencia 2026

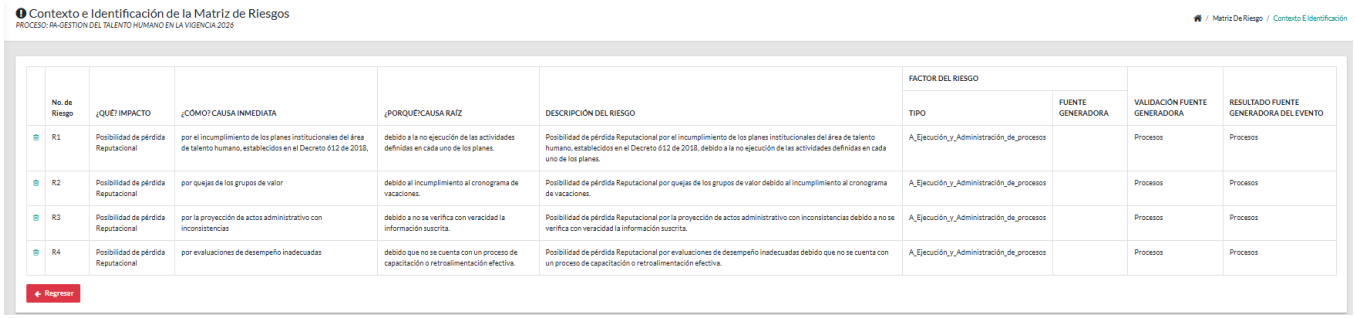
Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PA-GESTION DE LA CONTRATACION EN LA VIGENCIA 2026

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la formulación de un plan anual de adquisiciones que no corresponde a las necesidades institucionales,	debido a lo no recolección y análisis de los requerimientos de cada unos de los procesos	Posibilidad de pérdida Reputacional por la formulación de un plan anual de adquisiciones que no corresponde a las necesidades institucionales, debido a lo no recolección y análisis de los requerimientos de cada unos de los procesos	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones de los entes de control tales como contraloría y procuraduría,	debido a la publicación incompleta o fuera de los términos establecidos en la s plataforma SECOPII SIGEPII-SIA OBSERVA	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones de los entes de control tales como contraloría y procuraduría, debido a la publicación incompleta o fuera de los términos establecidos en la s plataforma SECOPII SIGEPII-SIA OBSERVA	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones del ente de control (contraloría),	debido a la suscripción de contratos sin el lleno de los requisitos o al no validar la documentación aportada por el contratista	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones del ente de control (contraloría), debido a la suscripción de contratos sin el lleno de los requisitos o al no validar la documentación aportada por el contratista	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la no revisión de las cuentas de cobro y planillas de pago de seguridad social de los contratista,	debido a la negligencia o desconocimiento de procedimiento por parte del profesional	Posibilidad de pérdida Reputacional por la no revisión de las cuentas de cobro y planillas de pago de seguridad social de los contratista, debido a la negligencia o desconocimiento de procedimiento por parte del profesional	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Gestión del Talento Humano en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

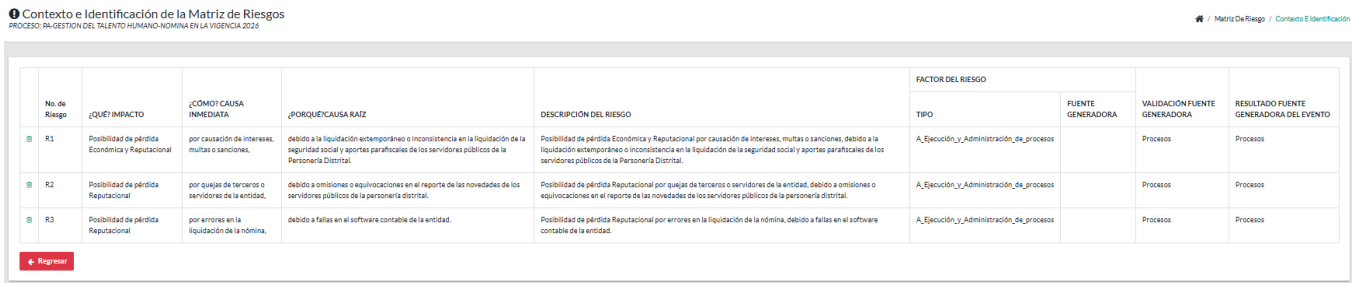
PROCESO: PA-GESTION DEL TALENTO HUMANO EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por el incumplimiento de los planes institucionales del área de talento humano, establecidos en el Decreto 612 de 2018,	debido a la no ejecución de las actividades definidas en cada uno de los planes.	Posibilidad de pérdida Reputacional por el incumplimiento de los planes institucionales del área de talento humano, establecidos en el Decreto 612 de 2018, debido a la no ejecución de las actividades definidas en cada uno de los planes.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas de los grupos de valor	debido al incumplimiento al cronograma de vacaciones.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido al incumplimiento al cronograma de vacaciones.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la proyección de actos administrativo con inconsistencias	debido a no se verifica con veracidad la información suscrita.	Posibilidad de pérdida Reputacional por la proyección de actos administrativo con inconsistencias debido a no se verifica con veracidad la información suscrita.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por evaluaciones de desempeño inadecuadas	debido que no se cuenta con un proceso de capacitación o retroalimentación efectiva.	Posibilidad de pérdida Reputacional por evaluaciones de desempeño inadecuadas debido que no se cuenta con un proceso de capacitación o retroalimentación efectiva.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión del Talento Humano – Nómina en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

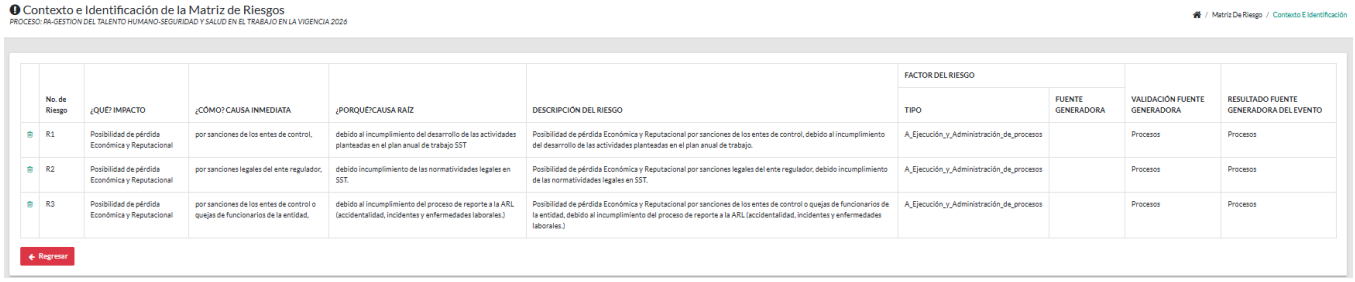
PROCESO: PA-GESTION DEL TALENTO HUMANO-NOMINA EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por causación de intereses, multas o sanciones,	debido a la liquidación extemporáneo o inconsistencia en la liquidación de la seguridad social y aportes parafiscales de los servidores públicos de la Personería Distrital.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por causación de intereses, multas o sanciones, debido a la liquidación extemporáneo o inconsistencia en la liquidación de la seguridad social y aportes parafiscales de los servidores públicos de la Personería Distrital.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas de terceros o servidores de la entidad,	debido a omisiones o equivocaciones en el reporte de las novedades de los servidores públicos de la personería distrital.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de terceros o servidores de la entidad, debido a omisiones o equivocaciones en el reporte de las novedades de los servidores públicos de la personería distrital.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por errores en la liquidación de la nómina,	debido a fallas en el software contable de la entidad.	Posibilidad de pérdida Reputacional por errores en la liquidación de la nómina, debido a fallas en el software contable de la entidad.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión del Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PA-GESTION DEL TALENTO HUMANO-SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones de los entes de control,	debido al incumplimiento del desarrollo de las actividades planteadas en el plan anual de trabajo SST	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones de los entes de control, debido al incumplimiento del desarrollo de las actividades planteadas en el plan anual de trabajo.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones legales del ente regulador,	debido incumplimiento de las normatividades legales en SST.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones legales del ente regulador, debido incumplimiento de las normatividades legales en SST.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones de los entes de control o quejas de funcionarios de la entidad,	debido al incumplimiento del proceso de reporte a la ARL (accidentalidad, incidentes y enfermedades laborales.)	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones de los entes de control o quejas de funcionarios de la entidad, debido al incumplimiento del proceso de reporte a la ARL (accidentalidad, incidentes y enfermedades laborales.)	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión Documental en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

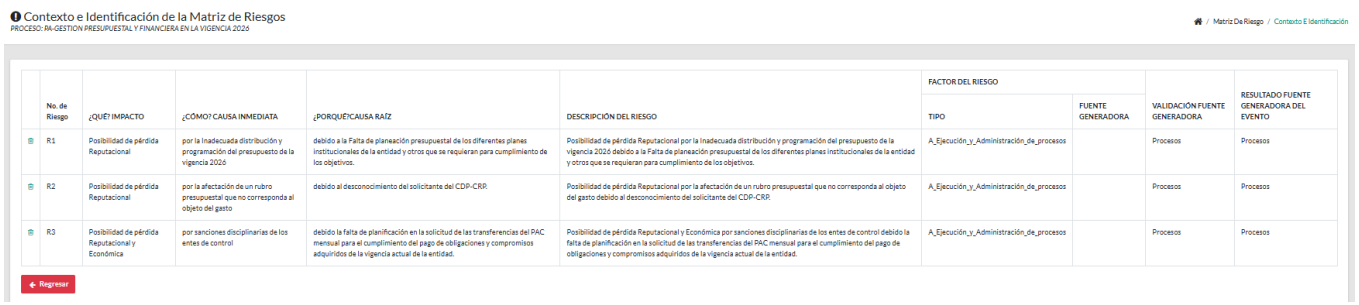
PROCESO: PA-GESTION DOCUMENTAL EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	por sanciones de entes de control	debido al inadecuado manejo de la gestión documental y el desconocimiento de los lineamientos normativos de los procedimientos archivístico	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones de entes de control debido al inadecuado manejo de la gestión documental y el desconocimiento de los lineamientos normativos de los procedimientos archivístico	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas de los grupos de valor	debido a la divulgación no autorizada de los documentos reservados o sujetos a tratamiento de datos personales bajo custodia del archivo central.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la divulgación no autorizada de los documentos reservados o sujetos a tratamiento de datos personales bajo custodia del archivo central.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por inoportuna respuesta a solicitudes requerimiento documental	debido a la desactualización del FUID de la entidad.	Posibilidad de pérdida Reputacional por inoportuna respuesta a solicitudes requerimiento documental debido a la desactualización del FUID de la entidad.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión Presupuestal y Financiera en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

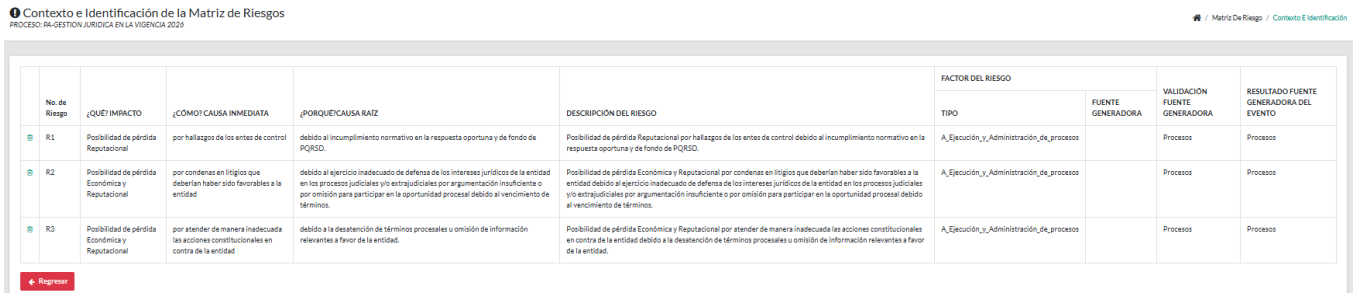
PROCESO: PA-GESTION PRESUPUESTAL Y FINANCIERA EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la Inadecuada distribución y programación del presupuesto de la vigencia 2026	debido a la Falta de planeación presupuestal de los diferentes planes institucionales de la entidad y otros que se requieran para cumplimiento de los objetivos.	Posibilidad de pérdida Reputacional por la Inadecuada distribución y programación del presupuesto de la vigencia 2026 debido a la Falta de planeación presupuestal de los diferentes planes institucionales de la entidad y otros que se requieran para cumplimiento de los objetivos.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la afectación de un rubro presupuestal que no corresponda al objeto del gasto	debido al desconocimiento del solicitante del CDP-CRP.	Posibilidad de pérdida Reputacional por la afectación de un rubro presupuestal que no corresponda al objeto del gasto debido al desconocimiento del solicitante del CDP-CRP.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	por sanciones disciplinarias de los entes de control	debido la falta de planificación en la solicitud de las transferencias del PAC mensual para el cumplimiento del pago de obligaciones y compromisos adquiridos de la vigencia actual de la entidad.	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones disciplinarias de los entes de control debido la falta de planificación en la solicitud de las transferencias del PAC mensual para el cumplimiento del pago de obligaciones y compromisos adquiridos de la vigencia actual de la entidad.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión Jurídica en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PA-GESTION JURIDICA EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por hallazgos de los entes de control	debido al incumplimiento normativo en la respuesta oportuna y de fondo de PQRSD.	Posibilidad de pérdida Reputacional por hallazgos de los entes de control debido al incumplimiento normativo en la respuesta oportuna y de fondo de PQRSD.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por condenas en litigios que deberían haber sido favorables a la entidad	debido al ejercicio inadecuado de defensa de los intereses jurídicos de la entidad en los procesos judiciales y/o extrajudiciales por argumentación insuficiente o por omisión para participar en la oportunidad procesal debido al vencimiento de términos.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por condenas en litigios que deberían haber sido favorables a la entidad debido al ejercicio inadecuado de defensa de los intereses jurídicos de la entidad en los procesos judiciales y/o extrajudiciales por argumentación insuficiente o por omisión para participar en la oportunidad procesal debido al vencimiento de términos.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por atender de manera inadecuada las acciones constitucionales en contra de la entidad	debido a la desatención de términos procesales u omisión de información relevantes a favor de la entidad.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por atender de manera inadecuada las acciones constitucionales en contra de la entidad debido a la desatención de términos procesales u omisión de información relevantes a favor de la entidad.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de Control y Seguimiento en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PC-GESTION DE CONTROL Y SEGUIMIENTO EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
					TIPO	FUENTE GENERADORA		
R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por omitir hallazgos en los informes de auditorias	debido a favorecimiento de un interés particular o de un tercero	Posibilidad de pérdida Reputacional por omitir hallazgos en los informes de auditorias debido a favorecimiento de un interés particular o de un tercero	C_Fraude_Interno		Talento Humano	Talento Humano
R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por incumplimiento en las funciones del comite institucional de coordinación de control interno	debido a la ausencia de sesiones como organo asesor e instancia decisoria en asuntos de control interno	Posibilidad de pérdida Reputacional por incumplimiento en las funciones del comite institucional de coordinación de control interno debido a la ausencia de sesiones como organo asesor e instancia decisoria en asuntos de control interno	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por hallazgos administrativos por organismos de control o notificacion de entidades externas	debido a incumplimiento en la ejecución y presentación oportuna de los informes de ley	Posibilidad de pérdida Reputacional por hallazgos administrativos por organismos de control o notificacion de entidades externas debido a incumplimiento en la ejecución y presentación oportuna de los informes de ley	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por sanciones administrativas de los entes de control al no detectar posibles actos de corrupción	debido a los inoportunos seguimientos a los riesgos de corrupción identificados	Posibilidad de pérdida Reputacional por sanciones administrativas de los entes de control al no detectar posibles actos de corrupción debido a los inoportunos seguimientos a los riesgos de corrupción identificados	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R5	Posibilidad de pérdida Reputacional	por incumplimiento a la ejecucion del plan anual de auditoria	debido al inoportuno suministro de informacion por parte de los porcesos auditables que conlleven a posibles hallazgos administrativos	Posibilidad de pérdida Reputacional por incumplimiento a la ejecucion del plan anual de auditoria debido al inoportuno suministro de informacion por parte de los porcesos auditables que conlleven a posibles hallazgos administrativos	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R6	Posibilidad de pérdida Reputacional	por daño/perdida de la información de informes de ley o auditorias, seguimientos a los planes de mejoramientos	debido a ataques informaticos al software institucional (SIGPER-SIAP) o daño de los equipos cómputos	Posibilidad de pérdida Reputacional por daño/perdida de la información de informes de ley o auditorias, seguimientos a los planes de mejoramientos debido a ataques informaticos al software institucional (SIGPER-SIAP) o daño de los equipos cómputos	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologías	Tecnologías

Regresar

Gestión de las Comunicaciones en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

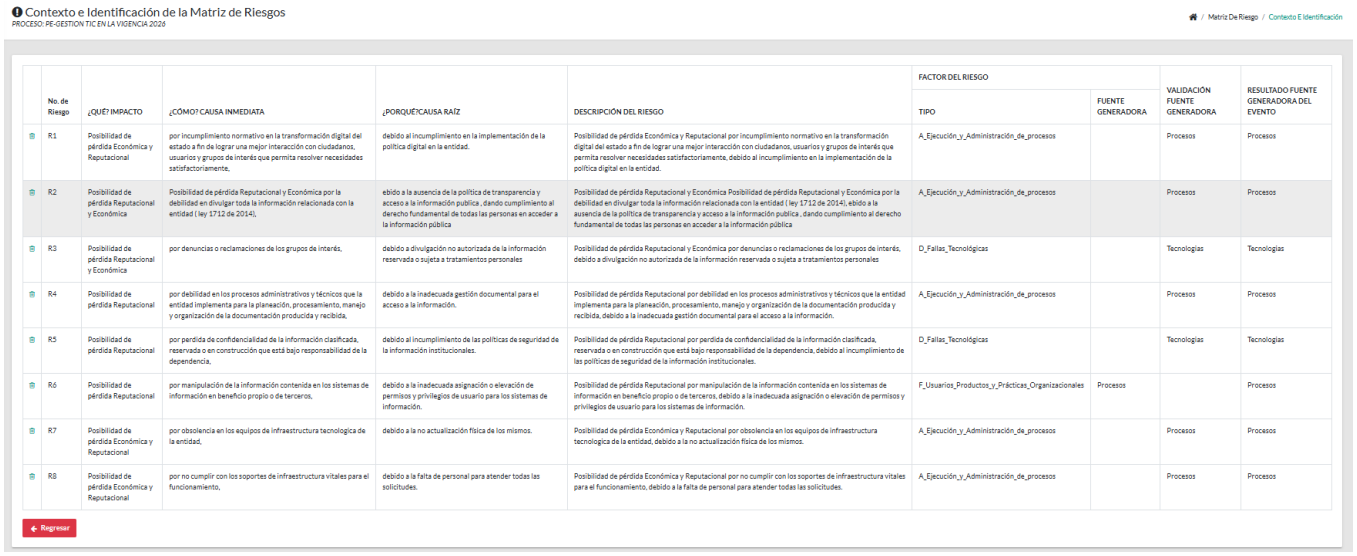
PROCESO: PE-GESTION DE LAS COMUNICACIONES EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
					TIPO	FUENTE GENERADORA		
R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por afectación de imagen y credibilidad institucional	debido a la ausencia de un plan integral de comunicaciones que estandarice los esquemas, los canales y protocolo de difusión de la información institucional.	Posibilidad de pérdida Reputacional por afectación de imagen y credibilidad institucional debido a la ausencia de un plan integral de comunicaciones que estandarice los esquemas, los canales y protocolo de difusión de la información institucional.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R2	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	por sanciones de la SIC (super intendencia de industria y comercios)	debido a la toma de fotografías y videos para uso institucionales sin autorización previa del usuario, violando su privacidad.	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones de la SIC (super intendencia de industria y comercios) debido a la toma de fotografías y videos para uso institucionales sin autorización previa del usuario, violando su privacidad.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por difundir información errada, incompleta o inoportuna de las gestiones de la entidad	debido a la debilidad de comunicación (interna) entre los procesos	Posibilidad de pérdida Reputacional por difundir información errada, incompleta o inoportuna de las gestiones de la entidad debido a la debilidad de comunicación (interna) entre los procesos	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por reclamos de la ciudadanía	debido a la falta de claridad en el contenido de las comunicaciones en las plataformas de información de la entidad	Posibilidad de pérdida Reputacional por reclamos de la ciudadanía debido a la falta de claridad en el contenido de las comunicaciones en las plataformas de información de la entidad	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión TIC en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

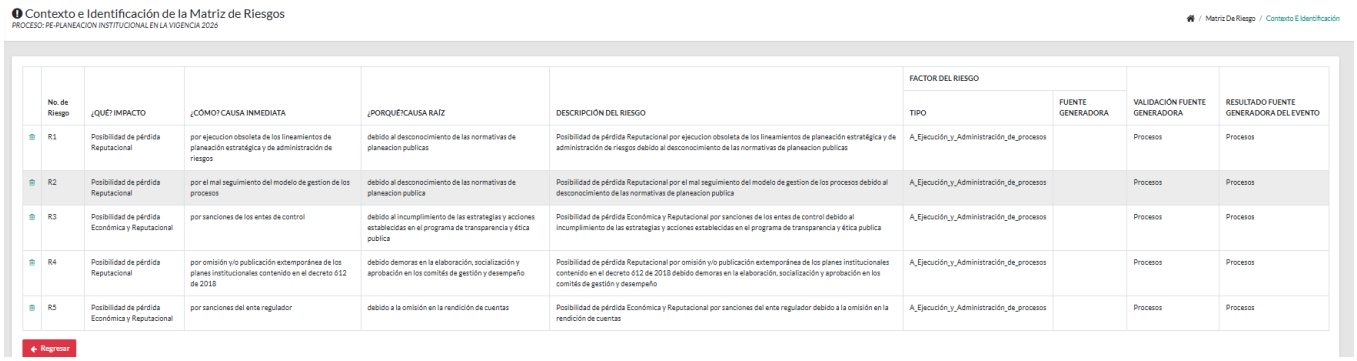
PROCESO: PE-GESTION TIC EN LA VIGENCIA 2026

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por incumplimiento normativo en la transformación digital del estado a fin de lograr una mejor interacción con ciudadanos, usuarios y grupos de interés que permita resolver necesidades satisfactoriamente,	debido al incumplimiento en la implementación de la política digital en la entidad.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento normativo en la transformación digital del estado a fin de lograr una mejor interacción con ciudadanos, usuarios y grupos de interés que permita resolver necesidades satisfactoriamente, debido al incumplimiento en la implementación de la política digital en la entidad.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por la debilidad en divulgar toda la información relacionada con la entidad (ley 1712 de 2014),	ebido a la ausencia de la política de transparencia y acceso a la información publica , dando cumplimiento al derecho fundamental de todas las personas en acceder a la información pública	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por la debilidad en divulgar toda la información relacionada con la entidad (ley 1712 de 2014), ebido a la ausencia de la política de transparencia y acceso a la información publica , dando cumplimiento al derecho fundamental de todas las personas en acceder a la información pública	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés,	debido a divulgación no autorizada de la información reservada o sujeta a tratamientos personales	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por denuncias o reclamaciones de los grupos de interés, debido a divulgación no autorizada de la información reservada o sujeta a tratamientos personales	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologias	Tecnologias
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por debilidad en los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida,	debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información.	Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en los procesos administrativos y técnicos que la entidad implementa para la planeación, procesamiento, manejo y organización de la documentación producida y recibida, debido a la inadecuada gestión documental para el acceso a la información.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R5	Posibilidad de pérdida Reputacional	por perdida de confidencialidad de la información clasificada, reservada o en construcción que está bajo responsabilidad de la dependencia,	debido al incumplimiento de las políticas de seguridad de la información institucionales.	Posibilidad de pérdida Reputacional por perdida de confidencialidad de la información clasificada, reservada o en construcción que está bajo responsabilidad de la dependencia, debido al incumplimiento de las políticas de seguridad de la información institucionales.	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologias	Tecnologias
	R6	Posibilidad de pérdida Reputacional	por manipulación de la información contenida en los sistemas de información en beneficio propio o de terceros,	debido a la inadecuada asignación o elevación de permisos y privilegios de usuario para los sistemas de información.	Posibilidad de pérdida Reputacional por manipulación de la información contenida en los sistemas de información en beneficio propio o de terceros, debido a la inadecuada asignación o elevación de permisos y privilegios de usuario para los sistemas de información.	F_Usuarios_Productos_y_Prácticas_Organizacionales	Procesos		Procesos
	R7	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por obsolencia en los equipos de infraestructura tecnologica de la entidad,	debido a la no actualización física de los mismos.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por obsolencia en los equipos de infraestructura tecnologica de la entidad, debido a la no actualización física de los mismos.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R8	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por no cumplir con los soportes de infraestructura vitales para el funcionamiento,	debido a la falta de personal para atender todas las solicitudes.	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por no cumplir con los soportes de infraestructura vitales para el funcionamiento, debido a la falta de personal para atender todas las solicitudes.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Planeación Institucional en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

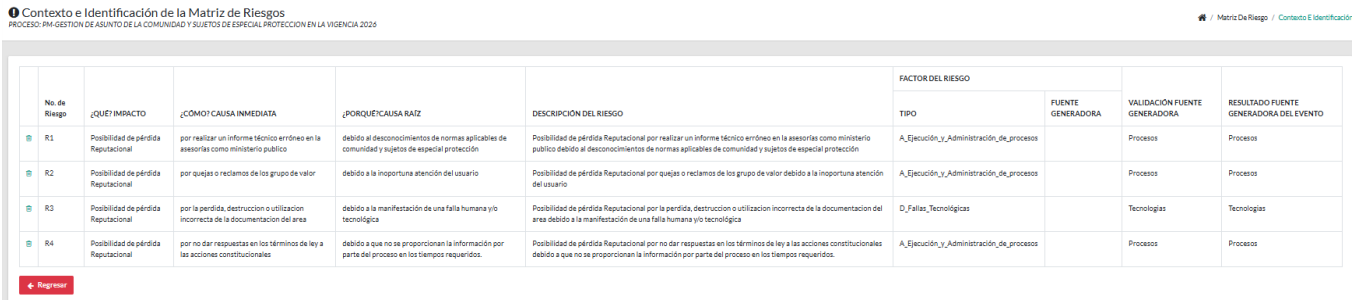
PROCESO: PE-PLANEACION INSTITUCIONAL EN LA VIGENCIA 2026

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por ejecucion obsoleta de los lineamientos de planeación estratégica y de administración de riesgos	debido al desconocimiento de las normativas de planeacion publicas	Posibilidad de pérdida Reputacional por ejecucion obsoleta de los lineamientos de planeación estratégica y de administración de riesgos debido al desconocimiento de las normativas de planeacion publicas	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por el mal seguimiento del modelo de gestion de los procesos	debido al desconocimiento de las normativas de planeacion publica	Posibilidad de pérdida Reputacional por el mal seguimiento del modelo de gestion de los procesos debido al desconocimiento de las normativas de planeacion publica	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones de los entes de control	debido al incumplimiento de las estrategias y acciones establecidas en el programa de transparencia y ética publica	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones de los entes de control debido al incumplimiento de las estrategias y acciones establecidas en el programa de transparencia y ética publica	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por omisión y/o publicación extemporánea de los planes institucionales contenido en el decreto 612 de 2018	debido demoras en la elaboración, socialización y aprobación en los comités de gestión y desempeño	Posibilidad de pérdida Reputacional por omisión y/o publicación extemporánea de los planes institucionales contenido en el decreto 612 de 2018 debido demoras en la elaboración, socialización y aprobación en los comités de gestión y desempeño	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional	por sanciones del ente regulador	debido a la omisión en la rendición de cuentas	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones del ente regulador debido a la omisión en la rendición de cuentas	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de Asuntos de la Comunidad y Sujetos de Especial Protección en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

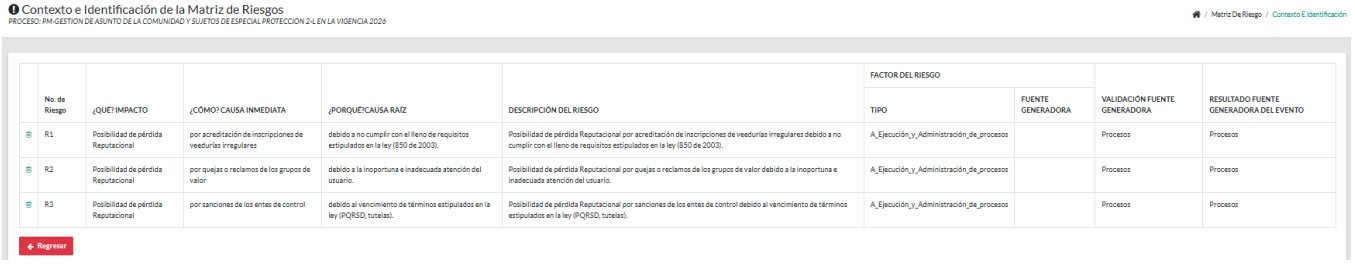
PROCESO: PM-GESTION DE ASUNTO DE LA COMUNIDAD Y SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por realizar un informe técnico erróneo en la asesorías como ministerio publico	debido al desconocimientos de normas aplicables de comunidad y sujetos de especial protección	Posibilidad de pérdida Reputacional por realizar un informe técnico erróneo en la asesorías como ministerio publico debido al desconocimientos de normas aplicables de comunidad y sujetos de especial protección	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas o reclamos de los grupo de valor	debido a la inoportuna atención del usuario	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas o reclamos de los grupo de valor debido a la inoportuna atención del usuario	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	Posibilidad de pérdida Reputacional por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologias	Tecnologias
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales	debido a que no se proporcionan la información por parte del proceso en los tiempos requeridos.	Posibilidad de pérdida Reputacional por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales debido a que no se proporcionan la información por parte del proceso en los tiempos requeridos.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de Asuntos de la Comunidad y Sujetos de Especial Protección II en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

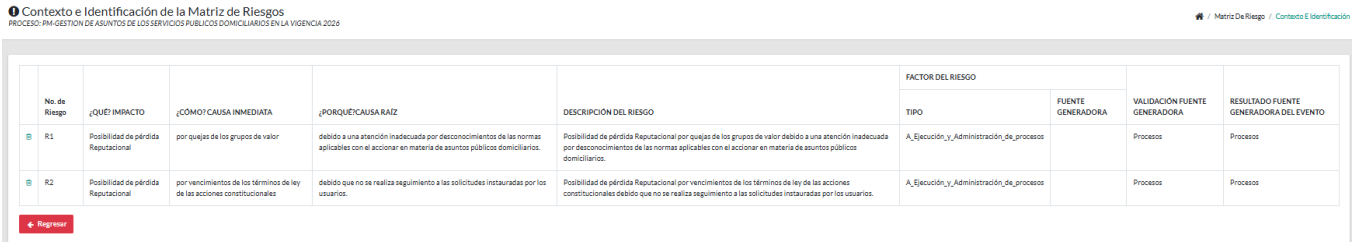
PROCESO: PM-GESTION DE ASUNTO DE LA COMUNIDAD Y SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION 2-L EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por acreditación de inscripciones de veedurías irregulares	debido a no cumplir con el lleno de requisitos estipulados en la ley (850 de 2003).	Posibilidad de pérdida Reputacional por acreditación de inscripciones de veedurías irregulares debido a no cumplir con el lleno de requisitos estipulados en la ley (850 de 2003).	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas o reclamos de los grupos de valor	debido a la inoportuna e inadecuada atención del usuario.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas o reclamos de los grupos de valor debido a la inoportuna e inadecuada atención del usuario.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por sanciones de los entes de control	debido al vencimiento de términos estipulados en la ley (PQRSD, tutelas).	Posibilidad de pérdida Reputacional por sanciones de los entes de control debido al vencimiento de términos estipulados en la ley (PQRSD, tutelas).	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de Asuntos de los Servicios Públicos Domiciliarios en la vigencia 2026



Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION DE ASUNTOS DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas de los grupos de valor	debido a una atención inadecuada por desconocimientos de las normas aplicables con el accionar en materia de asuntos públicos domiciliarios.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a una atención inadecuada por desconocimientos de las normas aplicables con el accionar en materia de asuntos públicos domiciliarios.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por vencimientos de los términos de ley de las acciones constitucionales	debido que no se realiza seguimiento a las solicitudes instauradas por los usuarios.	Posibilidad de pérdida Reputacional por vencimientos de los términos de ley de las acciones constitucionales debido que no se realiza seguimiento a las solicitudes instauradas por los usuarios.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de Asuntos Penales en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos
PROCESO: PM-GESTION DE ASUNTOS PENALES EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	POR RESULTADO NEGATIVO DE LAS INTERVENCIONES DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD EN LA GESTION	DEBIDO AL DESCONOCIMIENTO DE NORMAS APLICABLES COMO AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO	Posibilidad de pérdida Reputacional POR RESULTADO NEGATIVO DE LAS INTERVENCIONES DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD EN LA GESTION DEBIDO AL DESCONOCIMIENTO DE NORMAS APLICABLES COMO AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	POR QUEJAS O RECLAMOS DE LOS GRUPOS DE VALOR	DEBIDO A LA INCONFORMIDAD DEL USUARIO EN LA PRESTACION O NO DEL SERVICIO SOLICITADO	Posibilidad de pérdida Reputacional POR QUEJAS O RECLAMOS DE LOS GRUPOS DE VALOR DEBIDO A LA INCONFORMIDAD DEL USUARIO EN LA PRESTACION O NO DEL SERVICIO SOLICITADO	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la perdida, destrucción o utilización incorrecta de la documentación del área	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	Posibilidad de pérdida Reputacional por la perdida, destrucción o utilización incorrecta de la documentación del área debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologías	Tecnologías
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la omision de pronunciamiento a los tramites de acciones de tutela	debido al vencimiento al emitir concepto como ministerio publico	Posibilidad de pérdida Reputacional por la omision de pronunciamiento a los tramites de acciones de tutela debido al vencimiento al emitir concepto como ministerio publico	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de Atención y Servicio al Ciudadano en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos
PROCESO: PM-GESTION DE ATENCION Y SERVICIO AL CIUDADANO EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por denuncias o reclamos de los grupos de valor	debido a presuntas violaciones en el manejo y custodias de información sensible y datos personales (ley protección de datos La Ley 1581 de 2012)	Posibilidad de pérdida Reputacional por denuncias o reclamos de los grupos de valor debido a presuntas violaciones en el manejo y custodias de información sensible y datos personales (ley protección de datos La Ley 1581 de 2012)	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por errores o deficiencias en la interpretación y aplicación de criterios jurídicos	debido a la insuficiente experiencia calificada del personal en competencias de atención al ciudadano	Posibilidad de pérdida Reputacional por errores o deficiencias en la interpretación y aplicación de criterios jurídicos debido a la insuficiente experiencia calificada del personal en competencias de atención al ciudadano	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por sanciones judiciales	DEBIDO al incumplimiento de términos legales en las respuestas de las PQRSDF y acciones de tutela, que generararían exposición mediática negativa y posible vigilancia de los entes de control.	Posibilidad de pérdida Reputacional por sanciones judiciales DEBIDO al incumplimiento de términos legales en las respuestas de las PQRSDF y acciones de tutela, lo cual generaría exposición mediática negativa y posible vigilancia de los entes de control	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de la Conciliación en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos
PROCESO: PM-GESTION DE LA CONCILIACION EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas ante el Ministerio de justicia y del derecho	debido al incumplimiento en el vencimiento de los términos establecidos para el cargue de los registros de las actas de conciliación, constancias de no acuerdo o constancia de inasistencia.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas ante el Ministerio de justicia y del derecho debido al incumplimiento en el vencimiento de los términos establecidos para el cargue de los registros de las actas de conciliación, constancias de no acuerdo o constancia de inasistencia.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas ante el Ministerio de justicia y del derecho	debido al ineducada conservación en los documentos.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas ante el Ministerio de justicia y del derecho debido al ineducada conservación en los documentos.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas o reclamos de los grupos de valor	debido a la inoportuna o inadecuada atención al usuario.	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas o reclamos de los grupos de valor debido a la inoportuna o inadecuada atención al usuario.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas ante el Ministerio de justicia y del derecho por parte de grupos de valor	debido a la falta de conocimiento de los usuarios de los factores de competencia del centro de conciliación	Posibilidad de pérdida Reputacional Por quejas y comentarios de los grupos de valor Debido a la falta de conocimiento de los usuarios de los factores de competencia del centro de conciliación	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión de la Vigilancia a la Conducta Oficial en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION DE LA VIGILANCIA A LA CONDUCTA OFICIAL EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUE?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
					TIPO	FUENTE GENERADORA		
R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por violación a las garantías procesales del disciplinado	debido a la inadecuada y extemporánea notificación.	Posibilidad de pérdida Reputacional por violación a las garantías procesales del disciplinado debido a la inadecuada y extemporánea notificación.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	Reputacional por perdida de la información y la reserva de los procesos disciplinarios	debido a los mecanismos de custodia y confidencialidad de los expedientes físicos y digitales.	Posibilidad de pérdida Reputacional Reputacional por perdida de la información y la reserva de los procesos disciplinarios debido a los mecanismos de custodia y confidencialidad de los expedientes físicos y digitales.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por sanciones de los entes de control	debido al vencimiento de los términos injustificado en cada una de las etapas procesales y violación a normas disciplinarias establecidas y reguladas en el código general disciplinario.	Posibilidad de pérdida Reputacional por sanciones de los entes de control debido al vencimiento de los términos injustificado en cada una de las etapas procesales y violación a normas disciplinarias establecidas y reguladas en el código general disciplinario.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión del Control Interno Disciplinario en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION DEL CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUE?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
					TIPO	FUENTE GENERADORA		
R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por violación a las garantías procesales	debido al suministro incompleto de la información.	Posibilidad de pérdida Reputacional por violación a las garantías procesales debido al suministro incompleto de la información.	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologías	Procesos
R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por impunidad dentro de un proceso disciplinario	debido al vencimiento de los términos de ley para la evaluación de un proceso disciplinario conforme al procedimiento establecido.	Posibilidad de pérdida Reputacional por impunidad dentro de un proceso disciplinario debido al vencimiento de los términos de ley para la evaluación de un proceso disciplinario conforme al procedimiento establecido.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por violación a las garantías procesales	debido a una incorrecta notificación de las investigaciones disciplinarias.	Posibilidad de pérdida Reputacional por violación a las garantías procesales debido a una incorrecta notificación de las investigaciones disciplinarias.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R4	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica	por sanciones disciplinarias	debido al extravío de un expediente por la falta de un espacio y almacenamiento adecuado para la custodia de los expedientes o carpetas.	Posibilidad de pérdida Reputacional y Económica por sanciones disciplinarias debido al extravío de un expediente por la falta de un espacio y almacenamiento adecuado para la custodia de los expedientes o carpetas.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
R5	Posibilidad de pérdida Reputacional	por solicitar dadivas o sobornos, regalos, favores o beneficios directa o indirecta	debido a dejar prescribir las etapas dentro de un proceso disciplinario para el favorecimiento a terceros.	Posibilidad de pérdida Reputacional por solicitar dadivas o sobornos, regalos, favores o beneficios directa o indirecta debido a dejar prescribir las etapas dentro de un proceso disciplinario para el favorecimiento a terceros.	C_Fraude_Interno		Talento Humano	Procesos

Regresar

Gestión del Medio Ambiente y la Movilidad en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION DEL MEDIO AMBIENTE Y LA MOVILIDAD EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUE?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
					TIPO	FUENTE GENERADORA		
R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por resultado negativo de las intervenciones del servidor de la Delegada en la gestión	debido a errónea aplicación de normas como agente del ministerio publico.	Posibilidad de pérdida Reputacional por resultado negativo de las intervenciones del servidor de la Delegada en la gestión debido a errónea aplicación de normas como agente del ministerio publico.	F_Usuarios_Productos_y_Prácticas_Organizacionales	Procesos		Procesos
R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas o reclamos de los grupo de valor	debido a la deficiente atención del usuario	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas o reclamos de los grupo de valor debido a la deficiente atención del usuario	F_Usuarios_Productos_y_Prácticas_Organizacionales	Procesos		Procesos
R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la pérdida, destrucción o utilización incorrecta de la documentación del área	debido a la manifestación de una falla humana en el uso de herramientas tecnológicas o en la gestión documental	Posibilidad de pérdida Reputacional por la pérdida, destrucción o utilización incorrecta de la documentación del área debido a la manifestación de una falla humana en el uso de herramientas tecnológicas o en la gestión documental	F_Usuarios_Productos_y_Prácticas_Organizacionales	Procesos		Procesos
R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la omisión de pronunciamiento a los trámites de acciones constitucionales	debido al vencimiento al emitir informe como ministerio publico	Posibilidad de pérdida Reputacional por la omisión de pronunciamiento a los trámites de acciones constitucionales debido al vencimiento al emitir informe como ministerio publico	F_Usuarios_Productos_y_Prácticas_Organizacionales	Procesos		Procesos
R5	Posibilidad de pérdida Reputacional	por requerimientos insuficientemente justificados a las autoridades vigiladas,	debido a errada valoración de impactos ambientales y/o riesgos asociados a los eventos analizados.	Posibilidad de pérdida Reputacional por requerimientos insuficientemente justificados a las autoridades vigiladas, debido a errada valoración de impactos ambientales y/o riesgos asociados a los eventos analizados.	F_Usuarios_Productos_y_Prácticas_Organizacionales	Procesos		Procesos

Regresar

Gestión para Asuntos Policivos en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION PARA ASUNTOS POLICIVOS EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por realizar un informe técnico erróneo en la intervención como ministerio publico	debido al desconocimientos de normas aplicables en asuntos policivos	Posibilidad de pérdida Reputacional por realizar un informe técnico erróneo en la intervención como ministerio publico debido al desconocimientos de normas aplicables en asuntos policivos	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas o reclamos de los grupo de valor	debido a la inoportuna atención del usuario	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas o reclamos de los grupo de valor debido a la inoportuna atención del usuario	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	Posibilidad de pérdida Reputacional por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologias	Tecnologias
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	debido al vencimientos al emitir concepto como ministerio publico	Posibilidad de pérdida Reputacional debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica debido al vencimientos al emitir concepto como ministerio publico	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión para el Control Urbanístico y Patrimonio Público en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION PARA EL CONTROL URBANISTICO Y PATRIMONIO PUBLICO EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por realizar intervención errada como ministerio publico	debido al desconocimientos de normas aplicables en materia urbanística , espacio y patrimonio publico.	Posibilidad de pérdida Reputacional por realizar intervención errada como ministerio publico debido al desconocimientos de normas aplicables en materia urbanística , espacio y patrimonio publico.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas o reclamos de los grupo de valor	debido a la inoportuna atención del usuario	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas o reclamos de los grupo de valor debido a la inoportuna atención del usuario	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	Posibilidad de pérdida Reputacional por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	D_Fallas_Tecnológicas		Tecnologias	Tecnologias
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la omision de pronunciamiento a los tramites de acciones constitucionales	debido al vencimientos al emitir concepto como ministerio publico.	Posibilidad de pérdida Reputacional por la omision de pronunciamiento a los tramites de acciones constitucionales debido al vencimientos al emitir concepto como ministerio publico.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión para la Educación, Recreación y Deporte en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION PARA LA EDUCACION, RECREACION Y DEPORTE EN LA VIGENCIA 2026

Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por resultado negativo de las intervenciones del funcionario de la entidad en la gestion	debido al desconocimientos de normas aplicables como agente del ministerio publico.	Posibilidad de pérdida Reputacional Por resultado negativo de las intervenciones del funcionario de la entidad en la gestion debido al desconocimientos de normas aplicables como agente del ministerio publico.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por quejas o reclamos de los grupo de valor	debido a la inconformidad del usuario en la prestacion o no del servicios solicitado	Posibilidad de pérdida Reputacional Por quejas o reclamos de los grupo de valor debido a la inconformidad del usuario en la prestacion o no del servicios solicitado	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnologica	Posibilidad de pérdida Reputacional Por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnologica	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales	debido a que no se proporcionan la información por parte del proceso en los tiempos requeridos	Posibilidad de pérdida Reputacional por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales debido a que no se proporcionan la información por parte del proceso en los tiempos requeridos	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión para la Infancia, Adolescencia, Adulto Mayor, Mujer y Familia en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION PARA LA INFANCIA, ADOLESCENCIA, ADULTO MAYOR, MUJER Y FAMILIA EN LA VIGENCIA 2026

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por quejas de los grupos de valor	debido a una presunta violación al debido proceso y falta de garantías, por parte del ministerio público	Posibilidad de pérdida Reputacional por quejas de los grupos de valor debido a una presunta violación al debido proceso y falta de garantías, por parte del ministerio público	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por quejas o reclamos de los grupo de valor	Debido a la deficiente e inadecuada atención al usuario	Posibilidad de pérdida Reputacional Por quejas o reclamos de los grupo de valor Debido a la deficiente e inadecuada atención al usuario	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por sanciones de los entes de control	Debido a no emitir respuestas (PQRSD, tutelas) en los términos estipulados en la ley.	Posibilidad de pérdida Reputacional Por sanciones de los entes de control Debido a no emitir respuestas (PQRSD, tutelas) en los términos estipulados en la ley.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión para la Promoción y Protección de los DD. HH. y Víctimas del Conflicto Armado en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION PARA LA PROMOCION Y PROTECCION DE LOS DDHH Y VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO EN LA VIGENCIA 2026

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por resultado negativo de las atenciones de los servidores publicos en la delegada	debido al desconocimientos de normas aplicables con el accionar en materia de DDHH en victimas del conflicto armado.	Posibilidad de pérdida Reputacional por resultado negativo de las atenciones de los servidores publicos en la delegada debido al desconocimientos de normas aplicables con el accionar en materia de DDHH en victimas del conflicto armado.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por quejas o reclamos de los grupo de valor	debido a la inconformidad del usuario en la prestacion o no del servicios solicitado	Posibilidad de pérdida Reputacional Por quejas o reclamos de los grupo de valor debido a la inconformidad del usuario en la prestacion o no del servicios solicitado	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	Por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	Posibilidad de pérdida Reputacional Por la perdida, destruccion o utilizacion incorrecta de la documentacion del area debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales	debido a que no se proporcionan la información por parte del proceso en los tiempos requeridos	por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales debido a que no se proporcionan la información por parte del proceso en los tiempos requeridos	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Gestión para la Protección del Derecho Fundamental a la Salud en la vigencia 2026

Contexto e Identificación de la Matriz de Riesgos

PROCESO: PM-GESTION PARA LA PROTECCION DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN LA VIGENCIA 2026

/ Matriz De Riesgo / Contexto E Identificación

	No. de Riesgo	¿QUÉ? IMPACTO	¿CÓMO? CAUSA INMEDIATA	¿PORQUÉ?CAUSA RAÍZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DEL RIESGO		VALIDACIÓN FUENTE GENERADORA	RESULTADO FUENTE GENERADORA DEL EVENTO
						TIPO	FUENTE GENERADORA		
	R1	Posibilidad de pérdida Reputacional	por resultado negativo de las atenciones de los servidores publicos en la delegada	debido al desconocimientos de normas aplicables con el accionar en materia de DDHH en salud.	Posibilidad de pérdida Reputacional por resultado negativo de las atenciones de los servidores publicos en la delegada debido al desconocimientos de normas aplicables con el accionar en materia de DDHH en salud.	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R2	Posibilidad de pérdida Económica	por quejas o reclamos de los grupo de valor	debido a la inconformidad del usuario en la prestacion o no del servicios solicitado	Posibilidad de pérdida Económica por quejas o reclamos de los grupo de valor debido a la inconformidad del usuario en la prestacion o no del servicios solicitado	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R3	Posibilidad de pérdida Reputacional	por la perdida, destrucción o utilización incorrecta de la documentación del área	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	Posibilidad de pérdida Reputacional por la perdida, destrucción o utilización incorrecta de la documentación del área debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos
	R4	Posibilidad de pérdida Reputacional	por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales	debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	Posibilidad de pérdida Reputacional por no dar respuestas en los términos de ley a las acciones constitucionales debido a la manifestación de una falla humana y/o tecnológica	A_Ejecución_y_Administración_de_procesos		Procesos	Procesos

Regresar

Valoración de riesgos por proceso

Identificación de la probabilidad del riesgo inherente y residual:

MAPA DE CALOR INHERENTE	TOTAL
MUY ALTA	0
ALTA	20
MEDIA	79
BAJA	11
MUY BAJA	0
TOTAL	110

MAPA DE CALOR RESIDUAL	TOTAL
MUY ALTA	0
ALTA	4
MEDIA	89
BAJA	19
MUY BAJA	0
TOTAL	112

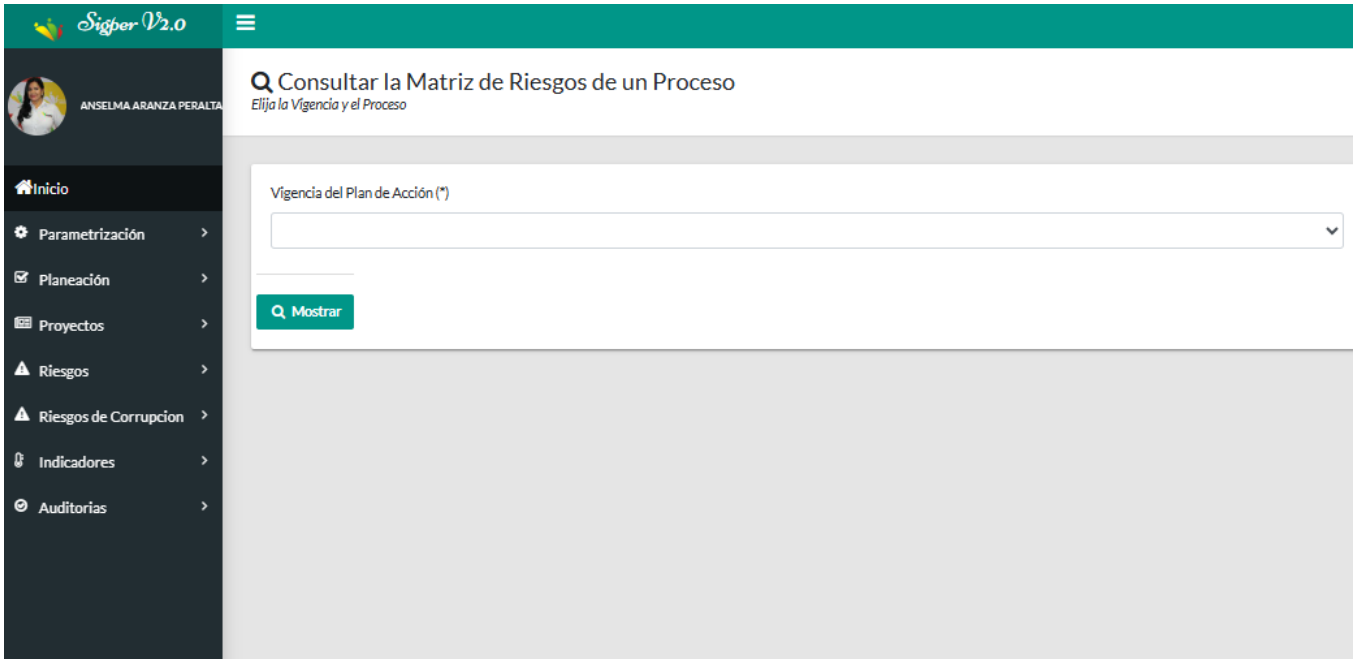
La comparación entre el riesgo inherente y el riesgo residual permite observar, de manera general, el efecto esperado de los controles implementados sobre la probabilidad y/o la consecuencia de los eventos de riesgo. No obstante, desde la perspectiva de tercera línea de defensa, la disminución reflejada en los mapas de calor debe analizarse con criterio técnico, verificando que la calificación residual se encuentre sustentada en controles efectivamente ejecutados, con evidencia trazable y con una relación causal clara frente al riesgo evaluado.

Seguimiento a los riesgos de corrupción – primer semestre

Para efectos de evaluar el diseño de los eventos de riesgo asociados a corrupción e integridad pública identificados en los procesos, la OCI verificó que su estructuración se ajustara a los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, así como a la política institucional de administración del riesgo. La revisión incluyó la claridad de la redacción del riesgo, la identificación de causas, la pertinencia de los controles y la existencia de evidencia para su monitoreo.

Durante el primer semestre, la entidad adelantó actividades de seguimiento a los riesgos asociados a corrupción e integridad pública; sin embargo, la Oficina de Control Interno advierte la necesidad de consolidar en SIGPER un registro integral, estandarizado y trazable para esta tipología de riesgos, que facilite su identificación, seguimiento, análisis de cambios y reporte institucional. En este sentido, resulta pertinente culminar el fortalecimiento funcional del módulo respectivo y asegurar que los líderes de proceso registren oportunamente la

información, mientras la segunda línea de defensa mantiene el acompañamiento metodológico y el monitoreo que le corresponde.



Capítulo. Revisión técnica del mapa de riesgos institucionales 2026 y recomendaciones de tercera línea de defensa

Como insumo complementario del presente informe, la Oficina de Control Interno efectuó una revisión técnica del mapa de riesgos institucionales 2026 consolidado por la entidad, con el propósito de valorar la coherencia metodológica entre la identificación de los riesgos, su clasificación, la redacción de los eventos, el diseño de los controles y la consistencia de la valoración residual. Desde la perspectiva de tercera línea de defensa, este análisis no sustituye la responsabilidad de la primera línea en la gestión operativa del riesgo ni la de la segunda línea en la orientación metodológica; por el contrario, busca advertir oportunidades de mejora que permitan fortalecer la calidad del instrumento, su utilidad para la toma de decisiones y su alineación con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

Observaciones derivadas de la revisión del mapa de riesgos

- Se evidencian debilidades de forma y consistencia técnica en la redacción de varios riesgos y controles del mapa institucional, tales como uso no uniforme de mayúsculas y minúsculas, errores ortográficos, duplicidad de expresiones, redacción incompleta de controles y diferencias en la estructura gramatical de eventos similares. Estas situaciones afectan la estandarización del instrumento y dificultan su lectura, trazabilidad y evaluación posterior.

- En varios casos se identificó una débil relación entre la causa formulada, el riesgo descrito y el control definido, así como controles expresados como actividades generales o intenciones de gestión, sin dejar claramente establecidos atributos mínimos como responsable, periodicidad, evidencia, criterio de aplicación y respuesta esperada frente a desviaciones. Esta situación limita la posibilidad de evaluar la efectividad real del control.

- También se evidencian inconsistencias en la clasificación y valoración de algunos riesgos, con diferencias en la denominación de zonas de riesgo y en la coherencia entre la descripción del evento, el tipo de clasificación y la zona residual reportada. Lo anterior hace necesario validar nuevamente la aplicación de los criterios metodológicos de valoración para asegurar uniformidad institucional.

- Se identifican controles redactados como acciones futuras, solicitudes o actividades por realizar, lo cual puede ser indicativo de acciones de tratamiento o compromisos operativos más que de controles efectivamente diseñados e implementados. En consecuencia, resulta necesario diferenciar en la matriz entre controles existentes, acciones de mejora y actividades de implementación, con el fin de no sobrestimar el nivel de madurez del sistema de control.

- Se evidencia que los riesgos identificados por la Oficina de Control Interno en diferentes áreas de la entidad no se encuentran debidamente registrados ni actualizados en las matrices de riesgo correspondientes, lo que limita la implementación oportuna de controles orientados a prevenir su materialización.

Recomendaciones generales de fortalecimiento institucional

- Se recomienda a la segunda línea de defensa liderar, en cumplimiento del deber de planeación, una jornada de depuración metodológica del mapa de riesgos institucionales 2026, orientada a unificar criterios de redacción, clasificación, valoración y documentación de controles, así como a actualizar los procedimientos, instructivos y formatos asociados a la gestión del riesgo.

- Resulta prioritario revisar y ajustar la Política de Administración del Riesgo de la entidad y sus instrumentos complementarios, con el fin de armonizarlos con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, incorporando lineamientos claros sobre formulación del riesgo, atributos del control, tratamiento del riesgo residual y criterios de seguimiento por líneas de defensa.

- A la primera línea de defensa se recomienda revisar cada riesgo formulado para asegurar que el evento, la causa, la consecuencia y el control guarden relación lógica y técnica, así como consolidar en una sola estructura los controles asociados a un mismo riesgo, evitando registros duplicados o fragmentados.

- Se recomienda definir un criterio institucional para distinguir claramente entre controles preventivos, detectivos y correctivos, así como entre controles vigentes y acciones de mejora en implementación, de manera que la valoración residual refleje con mayor fidelidad la realidad del proceso y la efectividad del control existente.

- La alta dirección y la línea estratégica deben promover una revisión periódica del mapa como instrumento de gestión y no solo de reporte, utilizando los resultados de auditoría, seguimientos, quejas, hallazgos y planes de mejoramiento como insumos obligatorios para su actualización, priorización y toma de decisiones.

Recomendaciones específicas por procesos críticos

- **Gestión Direccionamiento y Planeación Estratégica:** fortalecer su rol como segunda línea de defensa mediante la actualización de la Política de Administración del Riesgo, procedimientos, lineamientos e instrumentos metodológicos; definir criterios homogéneos para la valoración y seguimiento de riesgos; y liderar jornadas de asistencia técnica a los procesos para mejorar la calidad del registro en SIGPER.

- **Gestión de la Contratación:** revisar la formulación de riesgos asociados a publicación en plataformas, validación documental y supervisión contractual, asegurando que los controles no se limiten a enunciados generales de seguimiento, sino que incorporen responsables, periodicidad, evidencia y puntos de control verificables.

- **Gestión TIC:** depurar la clasificación de riesgos tecnológicos, de seguridad de la información y de transparencia, diferenciando claramente riesgos de disponibilidad, integridad, confidencialidad y cumplimiento normativo, e incorporando controles técnicos y administrativos que permitan validar su efectividad.

- **Gestión Jurídica:** fortalecer la formulación de riesgos relacionados con PQRSD, tutelas, defensa judicial y control de términos, de manera que los controles incluyan mecanismos preventivos y detectivos medibles, con trazabilidad suficiente para evidenciar su ejecución y oportunidad.

- **Gestión del Talento Humano:** revisar la consistencia técnica de los riesgos asociados a planes institucionales, vacaciones, nómina y seguridad y salud en el trabajo, asegurando que los controles describan acciones verificables, su periodicidad y los soportes de ejecución, y no solo obligaciones genéricas del proceso.

CONCLUSIONES

- La entidad presenta avances en la actualización de sus mapas de riesgos y en la incorporación de controles en los procesos evaluados; sin embargo, la revisión efectuada evidenció que persisten brechas en la calidad metodológica de la formulación de los riesgos, en la estandarización del diseño de controles y en la suficiencia de la evidencia que soporta su ejecución.

- El seguimiento permitió establecer que la gestión integral del riesgo aún requiere mayor articulación entre la primera línea, la segunda línea y la alta dirección, de manera que el mapa de riesgos se consolide como una herramienta de gestión para la toma de decisiones y no solo como un instrumento de reporte.

- Desde la perspectiva de tercera línea de defensa, los principales retos institucionales se concentran en el fortalecimiento del rigor técnico del mapa de riesgos, la actualización

de los instrumentos metodológicos, la trazabilidad del monitoreo y la integración de los resultados de auditoría, seguimiento y planes de mejoramiento al ciclo de mejora continua.

Recomendaciones finales prioritarias

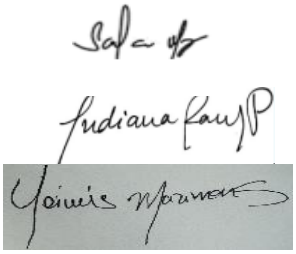
- Priorizar, desde la segunda línea de defensa, la actualización de la Política de Administración del Riesgo, los procedimientos, instructivos e instrumentos metodológicos, con plena alineación a la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, y al Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

- Depurar técnicamente el mapa de riesgos institucionales 2026 para eliminar duplicidades, mejorar la relación entre causas, riesgos y controles, y diferenciar con claridad los controles vigentes de las acciones de mejora o tratamiento.

- Fortalecer el monitoreo de la primera línea mediante evidencia suficiente, verificable y oportuna, y asegurar que la segunda línea ejerza un acompañamiento metodológico sistemático y documentado.

- Promover que la alta dirección utilice la información de riesgos, auditorías, seguimientos, quejas y planes de mejoramiento como insumo para la priorización institucional y la toma de decisiones estratégicas.

En síntesis, el seguimiento efectuado permite concluir que la entidad ha registrado avances en la gestión integral del riesgo; sin embargo, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la madurez metodológica, la calidad del diseño de controles, la trazabilidad del monitoreo, la actualización de los instrumentos de planeación y la integración efectiva de los resultados de aseguramiento al ciclo de mejora institucional. En consecuencia, resulta prioritario que la primera línea fortalezca la gestión operativa del riesgo, que la segunda línea consolide su rol de orientación, monitoreo y actualización metodológica, y que la alta dirección promueva decisiones oportunas sobre la base de la información reportada. La Oficina de Control Interno continuará ejerciendo su rol de evaluación independiente, formulando alertas y recomendaciones orientadas a fortalecer la capacidad institucional de anticipación, respuesta y mejora continua frente a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos misionales.

EQUIPO RESPONSABLE DEL INFORME		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
SAUL CORREA MUÑOZ **INDIANA RAMIREZ PAJARO** **YEIMIS MARIMON GONZALEZ**	Equipo auditor	

Resumen ejecutivo para presentación a la Personera

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento independiente a la gestión de los riesgos institucionales de procesos correspondiente al primer semestre de 2026, con fundamento en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, y en el rol de aseguramiento propio de la tercera línea de defensa. El análisis evidenció avances en la actualización del mapa de riesgos y en la identificación de controles por parte de los procesos; no obstante, también permitió advertir oportunidades de mejora que requieren atención prioritaria de la administración.

Oportunidades de mejora

- Persisten debilidades metodológicas en la formulación de algunos riesgos, especialmente en la relación entre causa, riesgo, control y evidencia.
- Se identifican riesgos repetidos, controles fragmentados y registros que aún no diferencian con claridad entre controles vigentes y acciones de mejora.
- La trazabilidad del monitoreo y la calidad de la evidencia siguen siendo aspectos críticos para valorar adecuadamente la efectividad del control y del riesgo residual.

- Se requiere fortalecer el rol de la segunda línea de defensa, especialmente en la actualización de la política, los procedimientos y los instrumentos de administración del riesgo.

Recomendaciones prioritarias

- Actualizar la Política de Administración del Riesgo y los instrumentos metodológicos institucionales conforme a la versión 7 de la guía de Función Pública.
- Liderar una depuración integral del mapa de riesgos 2026 para mejorar la calidad técnica de su formulación y seguimiento.
- Fortalecer la evidencia de ejecución de controles y su trazabilidad en SIGPER.
- Utilizar los resultados de auditoría, seguimiento y planes de mejoramiento como insumo para la toma de decisiones y la mejora continua.

En conclusión, la entidad ha avanzado en la consolidación de su esquema de gestión del riesgo, pero requiere fortalecer su madurez metodológica y su articulación institucional para que el mapa de riesgos se convierta efectivamente en una herramienta de dirección, control y mejora continua.

REVISIÓN, AJUSTE Y APROBACIÓN DEL INFORME RIESGOS INSTITUCIONALES DE PROCESOS 2026		
Nombre Completo	**Responsabilidad (cargo)**	**Firma**
Anselma Patricia Aranza Peralta	**Jefe de Oficina de Control Interno**	



Segundo Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Gestión De Control y Seguimiento 2026

Personería Distrital
Cartagena de Indias

Orden del día

- Llamado a lista y verificación de Quórum
- Socialización y aprobación del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad (PAMC)
- Presentación del Programa, indicadores, responsables, formatos, y acto administrativo de
- Alertas emitidas por la oficina de Control Interno

Presentación y aprobación del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad (PAMC)

Introducción al PAMC

Estrategias efectivas para garantizar y elevar calidad continua



CONTEXTO E IMPORTANCIA DEL **PAMC**



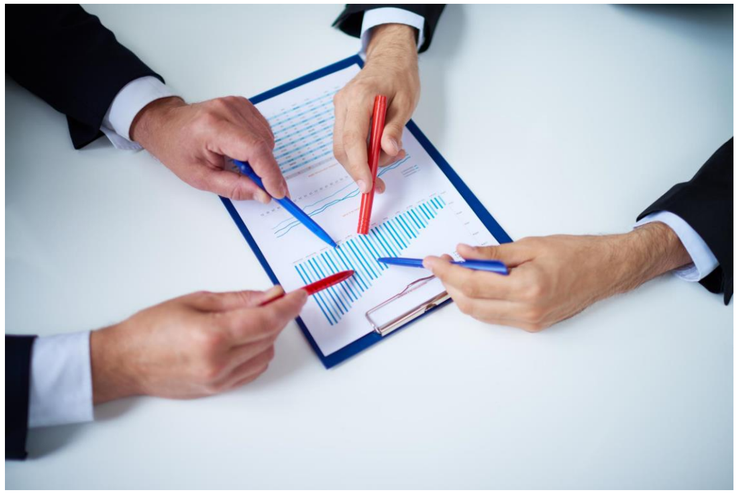
- **Fortalecimiento de la auditoría interna**
  - El PAMC estandariza y evalúa permanentemente la calidad de la auditoría interna en la Personería Distrital de Cartagena.
- **Principios de calidad y objetividad**
  - El programa garantiza auditorías basadas en calidad técnica, objetividad, independencia y consistencia metodológica.
- **Mejora continua y transparencia**
  - PAMC facilita la mejora continua, transparencia institucional y generación de valor en la gestión pública.
- **Credibilidad y toma de decisiones**
  - El programa aumenta la credibilidad institucional y mejora la toma de decisiones con seguimiento eficaz.

Objetivos del **PAMC**



- **OBJETIVO PRINCIPAL**
  - El PAMC busca un sistema estructurado para asegurar la calidad en auditoría interna con evaluaciones y mejoras continuas.
- **METAS ESPECÍFICAS**
  - Verificar cumplimiento normativo, evaluar calidad técnica y fortalecer el control interno en auditorías.
- **ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS**
  - Implementar medidas para mejorar procesos y garantizar eficacia en auditorías internas.
- **IMPACTO INSTITUCIONAL**
  - Potenciar la confianza y generar valor agregado en la gestión pública mediante auditorías orientadas a resultados.

Alcance del **PAMC**



- **Alcance Integral del PAMC**
  - El PAMC cubre todas las actividades desde auditorías hasta asesorías en la Oficina de Control Interno.

- **Evaluación de Calidad**
  - Se evalúa la calidad metodológica, técnica y documental para cumplir normas y estándares profesionales.

- **Fortalecimiento y Evolución**
  - El programa está diseñado para evolucionar y fortalecer la calidad del control interno y gestión pública.

- **Limitaciones y Desafíos**
  - Existen limitaciones como recursos humanos y disponibilidad de información que el programa busca superar.

Estructura del **PAMC**



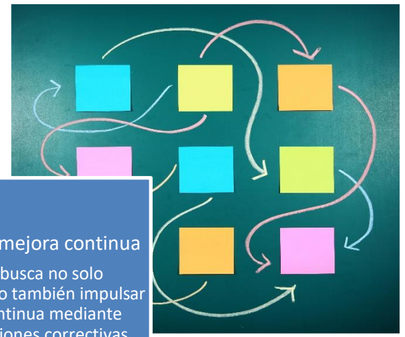
Componentes clave del PAMC

- El PAMC integra seguimiento, evaluaciones internas y externas, indicadores y acciones de mejora para asegurar la calidad.



Herramientas del programa

- Se utilizan listas de chequeo, matrices de evaluación y planes de mejoramiento para apoyar el proceso de auditoría.



Enfoque en mejora continua

- El programa busca no solo controlar sino también impulsar la mejora continua mediante análisis y acciones correctivas.

Seguimiento Continuo

- Revisión constante de auditorías
- Supervisión del desempeño
- Detección temprana de errores
- Acciones correctivas rápidas

Evaluaciones Internas

- Evaluaciones internas planificadas
- Identificación de fortalezas y debilidades
- Base para acciones de mejora
- Fortalecimiento del proceso auditor

Evaluaciones Externas

- Evaluación Objetiva
- Conformidad con Estándares
- Fortalecimiento y Confianza
- Complemento a Evaluaciones Internas

Indicadores de desempeño

Medición del desempeño

Indicador	Meta	Periodicidad
Cumplimiento del plan	>=90%	Anual
Oportunidad informes	>=90%	Trimestral
Calidad papeles	>=95%	Semestral

Responsables del PAMC

Roles en el PAMC

Actividad	Responsable	Periodicidad
Formulación PAMC	Jefe OCI	Anual
Seguimiento auditorías	Equipo auditor	Permanente
Evaluaciones externas	Evaluador externo	5 años

Ciclo de Mejora

Proceso continuo



- **Ciclo de mejora continua**
  - El PAMC basa su mejora en un ciclo que integra diagnóstico, evaluación, implementación y seguimiento constantes.
- **Actualización normativa**
  - El proceso asegura que el programa se adapte a cambios normativos y necesidades institucionales constantemente.
- **Auditoría como herramienta estratégica**
  - La mejora continua transforma la auditoría interna en una clave para decisiones y fortalecimiento institucional.

Alertas presentadas por la Oficina de Control Interno

Presentadas a la oficina de Talento Humano, Oficina Jurídica , Contratación, Gestión Documental

RESOLUCIÓN No.
JUNIO DE 2026

"Por medio del cual se adopta el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad – PAMC de la Oficina de Control Interno de la Personería Distrital de Cartagena de Indias y se dictan otras disposiciones"

LA PERSONERA DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS, en ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas por la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes, y

CONSIDERANDO

EL PERSONERO DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS
En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por la Ley 87 de 1993, la Ley 1474 de 2011, el Decreto 1083 de 2015 y demás normas concordantes, y

Que el artículo 209 de la Constitución Política establece que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de eficiencia, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Que la Ley 87 de 1993 define el Sistema de Control Interno como el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por las entidades públicas, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones se realicen conforme a las normas constitucionales y legales vigentes.

Que la Ley 1474 de 2011 fortalece los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción, e impone la necesidad de robustecer los sistemas de control interno en las entidades públicas.

Que el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública, establece disposiciones relacionadas con la organización y funcionamiento del Sistema de Control Interno, así como las responsabilidades de las Oficinas de Control Interno en el ejercicio de auditoría y evaluación independiente.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública ha expedido la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas, la cual establece lineamientos metodológicos para la planeación, ejecución, seguimiento y mejoramiento de la actividad de auditoría interna.

Que las Normas Globales de Auditoría Interna, vigentes desde el 9 de enero de 2025, establecen la obligación de implementar un Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad que permita evaluar de manera continua y periódica la calidad, la conformidad y el desempeño de la actividad de auditoría interna.

Que el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad – PAMC se constituye en un instrumento fundamental para fortalecer la función de auditoría interna, garantizar la aplicación de buenas prácticas, asegurar la calidad de sus productos y contribuir al mejoramiento del Sistema de Control Interno.

Que se hace necesario adoptar formalmente el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Oficina de Control Interno de la Personería Distrital de Cartagena de Indias, con el fin de institucionalizar su aplicación, seguimiento y mejora continua.

RESOLUCIÓN No.
JUNIO DE 2026

"Por medio del cual se adopta el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad – PAMC de la Oficina de Control Interno de la Personería Distrital de Cartagena de Indias y se dictan otras disposiciones"

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO 1. ADOPCIÓN
Adoptar el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad – PAMC de la Oficina de Control Interno de la Personería Distrital de Cartagena de Indias, el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 2. OBJETO DEL PROGRAMA
El PAMC tiene por objeto asegurar la calidad de la actividad de auditoría interna, verificar su conformidad con el marco normativo y metodológico aplicable, y promover su mejora continua, garantizando la generación de valor para la entidad.

ARTÍCULO 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN
El Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad será de aplicación obligatoria para todos los procesos, actividades y trabajos de auditoría interna desarrollados por la Oficina de Control Interno, incluyendo auditorías, seguimientos, evaluaciones y asesorías.

ARTÍCULO 4. COMPONENTES DEL PAMC
El Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad se desarrollará a través de los siguientes componentes:

Seguimiento continuo
Evaluaciones internas
Evaluaciones externas
Medición mediante indicadores
Formulación y seguimiento de acciones de mejora
Reporte de resultados y retroalimentación

ARTÍCULO 5. RESPONSABLES
La implementación, ejecución, seguimiento y actualización del PAMC será responsabilidad del Jefe de la Oficina de Control Interno, sin perjuicio de la participación del equipo auditor y del apoyo de la Alta Dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

ARTÍCULO 6. SEGUIMIENTO Y MEJORA
La Oficina de Control Interno deberá realizar el seguimiento periódico al desarrollo del PAMC, consolidar resultados, formular acciones de mejora y verificar su cumplimiento, garantizando trazabilidad y evidencia de su ejecución.

ARTÍCULO 7. EVALUACIÓN EXTERNA
Las evaluaciones externas de calidad deberán realizarse, como mínimo, cada cinco (5) años, conforme a las disposiciones normativas aplicables y a las condiciones institucionales.

ARTÍCULO 8. ACTUALIZACIÓN
El Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad deberá actualizarse de manera periódica, en función de cambios normativos, metodológicos, organizacionales o de las necesidades institucionales.

ARTÍCULO 9. SOCIALIZACIÓN
La Oficina de Control Interno deberá garantizar la socialización del PAMC al equipo auditor, a la Alta Dirección y a las instancias pertinentes, promoviendo su apropiación y correcta

RESOLUCIÓN No.
JUNIO DE 2026

“Por medio del cual se adopta el Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad – PAMC de la Oficina de Control Interno de la Personería Distrital de Cartagena de Indias y se dictan otras disposiciones”

implementación.

ARTÍCULO 10. VIGENCIA
El presente acto administrativo rige a partir de su expedición y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

ELIANA DEL CARMEN SIMANCAS TINOCO
Personera Distrital De Cartagena

Proyectó: Anselma Patricia Aranza Peralta Jefe de oficina de Control Interno	Asesor Externo - Despacho
VBo. Nelson Navarro Rangel Asesor Despacho de la Personera	

ELABORO : MARIA VALENCIA

FECHA: 03 de junio 2026	HORA: 10: 30 am	PROXIMA REUNION:

LUGAR: PERSONERIA DISTRITAL DE CARTAGENA

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: MARIA VALENCIA
https://meet.google.com/zqw-ayoc-jrw

PROCESO: CONTROL Y SEGUIMIENTO

OBJETIVO: Socialización y aprobación del Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	ENTIDAD	CARGO
ELIANA DEL CARMEN SIMANCAS TINOCO		PERSONERIA DISTRITAL	PERSONERA DISTRITAL
ANSELMA PATRICIA ARANZA		PERSONERIA DISTRITAL	JEFE DE OFICINA DE CONTROL INTENRO
IVAN GRANDETT QUINTANA		PERSONERIA DISTRITAL	DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
JANNY AGUAS RODRIGUEZ		PERSONERIA DISTRITAL	PEROSNERO AUXILIAR
MERCEDES SUSANA ROMERO		PERSONERIA DISTRITAL	ASESORA DE PRENSA
ALVARO PALOMINO GELES		PERSONERIA DISTRITAL	JEFE DE OFICINA JURIDICA
BIENVENIDA GULFO AYOLA		PERSONERIA DISTRITAL	JEFE DE TALENTO HUMANO
ENITH TORREGLOSA LEMUS		PERSONERIA DISTRITAL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SAUL CORREA MUÑOZ		PERSONERIA DISTRITAL	PROFESIOANL UNIVERSITARIO

ORDEN DEL DÍA

1. Llamado a lista y verificación de Quórum
2. Aprobación del Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad
3. Votación y aprobación del PAMC.
4. Socialización de la actualización de los formatos para uso del Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad
5. Proyecto de aprobación de resolución del Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad
6. Propuestas y Varios

DESARROLLO

1. Llamado a lista y verificación de Quórum.

Siendo la 10:30 am del día 03 de junio 2026, se da inició al segundo Comité Institucional de coordinación de Control Interno Personería Distrital de Cartagena Se realizo llamado a lista validando la asistencia por parte del Personero Distrital de Cartagena y los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para lo cual se anexa imagen de participación.

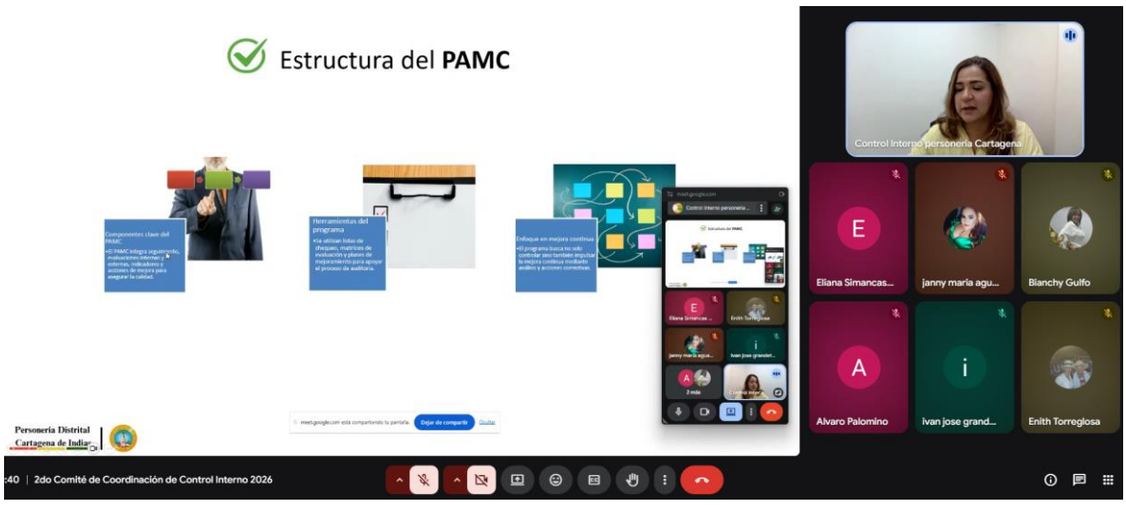
2. Socialización / Aprobación del Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad

La Dra. Aranza secretaria técnica presenta la socialización de Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad, destacando los siguientes aspectos clave:

Objetivo general y específicos: asegurar la calidad, conformidad normativa y mejora continua de la actividad de auditoría interna.

Marco normativo: Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 1083 de 2015, Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos (Función Pública, versión 5) y Normas Globales de Auditoría Interna (IIA, 2025).

Estructura: seguimiento continuo, evaluaciones internas, evaluaciones externas periódicas,



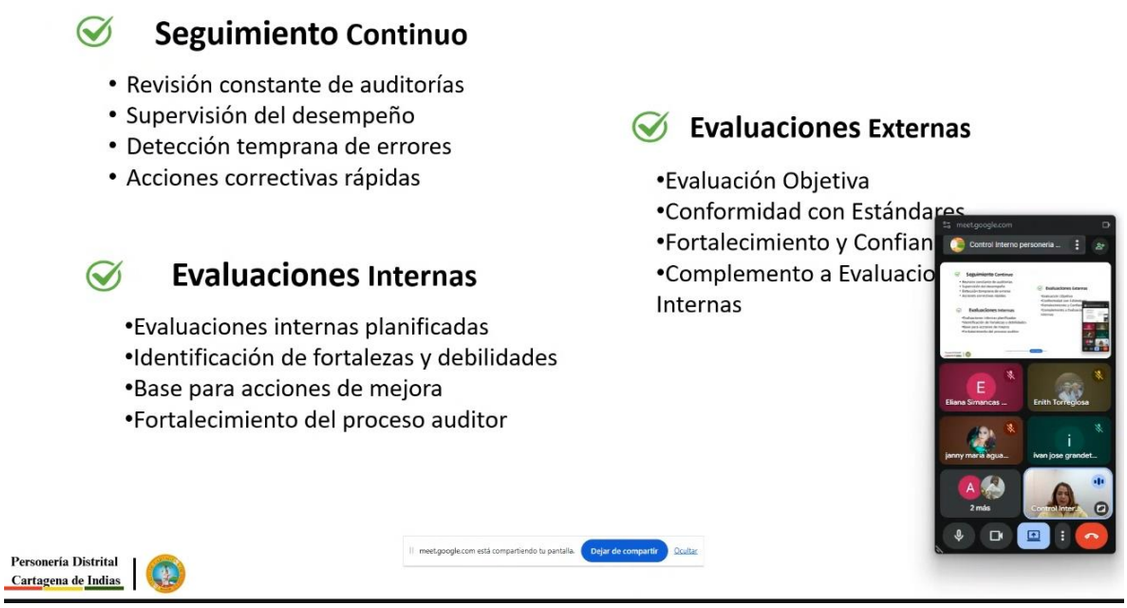
indicadores de desempeño y acciones de mejora.



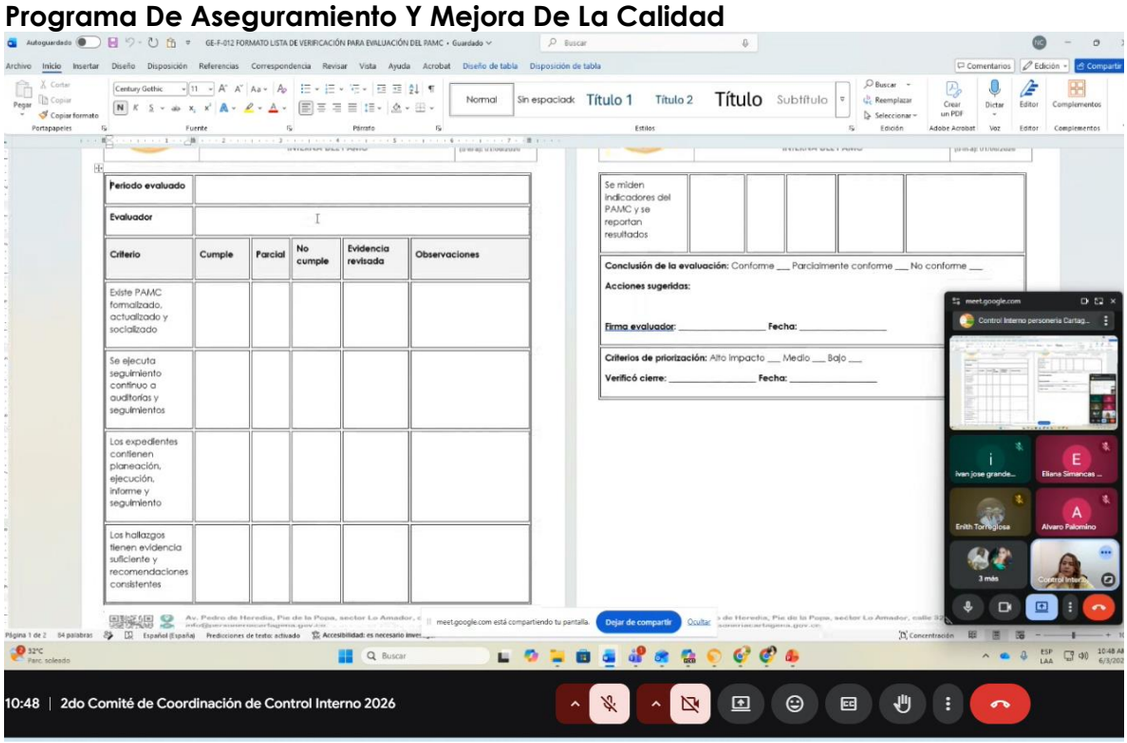
Responsabilidades y periodicidad: definición de responsables, actividades y evidencias para cada componente.

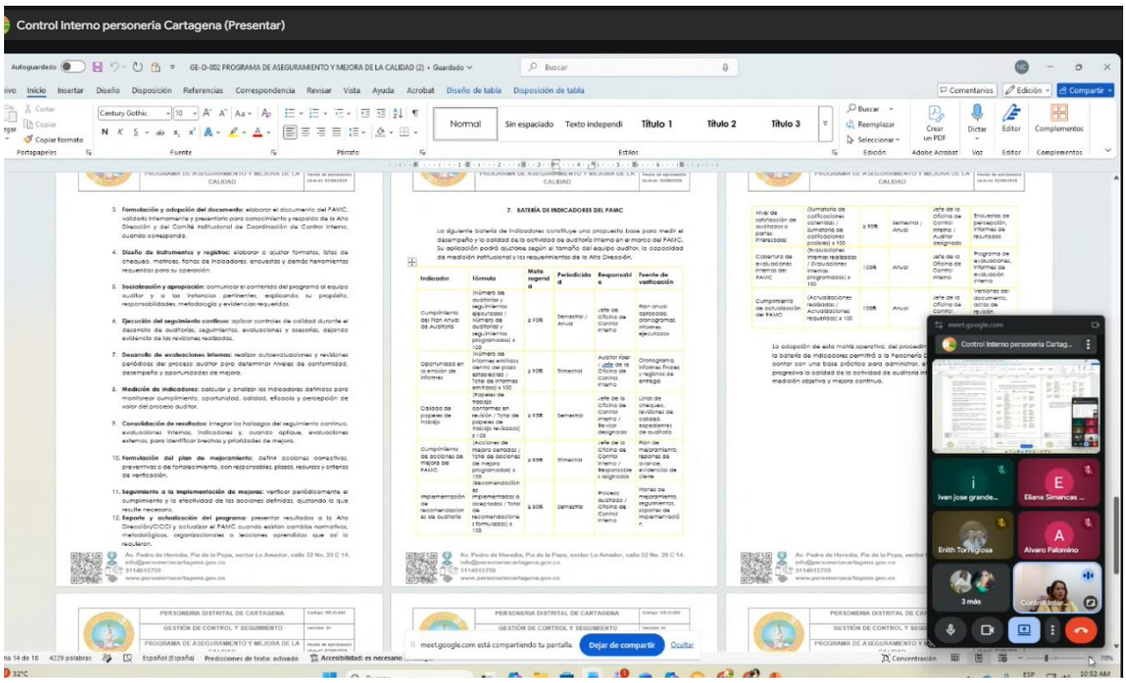
Procedimiento de implementación: diagnóstico, formulación, adopción, socialización, ejecución y seguimiento.

Batería de indicadores: cumplimiento del plan, oportunidad, calidad de papeles de trabajo, implementación de recomendaciones, satisfacción de auditados, entre otros.

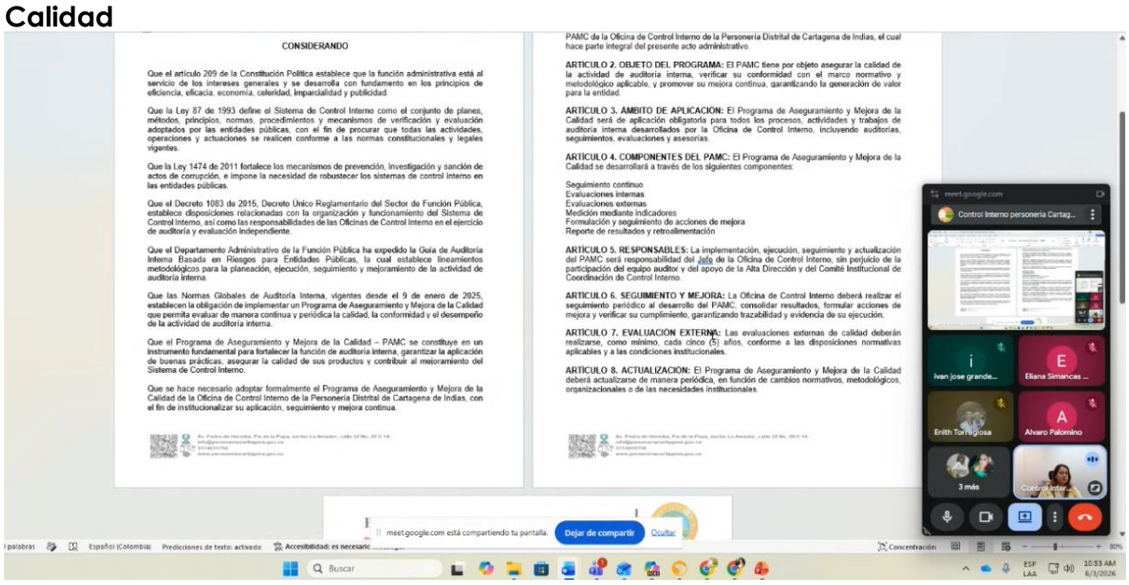


Luego se continua con 4. Socialización de la actualización de los formatos para uso del Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad





5. Proyecto de aprobación de resolución del Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad



3. Votación y aprobación del PAMC. Se somete a consideración del Comité la aprobación del Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad en su versión 01 fecha de aprobación 03/06/2026 APRUEBA el PAMC y autoriza su adopción formal mediante resolución interna de la Personería.

Miembros del comité aprueban el programa

ELIANA DEL CARMEN SIMANCAS TINOCO aprueba
IVAN GRANDETT QUINTANA aprueba
JANNY AGUAS RODRIGUEZ aprueba
MERCEDES SUSANA ROMERO aprueba
ALVARO PALOMINO GELES aprueba
BIENVENIDA GULFO AYOLA aprueba

Luego de aprobado Programa De Aseguramiento Y Mejora De La Calidad se da por terminado el comité institucional de control interno siendo las 11: 00am

COMPROMISOS

Actividad	Responsable	Fecha
Enviar acta del Comité Institucional de Control Interno 2026	Enith Torreglosa Lemus	03/06/2026

ANEXO FIRMAS DE LOS ASISTENTES

NOMBRE: ANSELMA PATRICIA ARANZA
CARGO: Jefe de OCI

NOMBRE: ELIANA DEL CARMEN SIMANCAS TINOCO
CARGO: Personera Distrital de Cartagena

NOMBRE: ALVARO PALOMINO GELES
CARGO: Jefe oficina jurídica

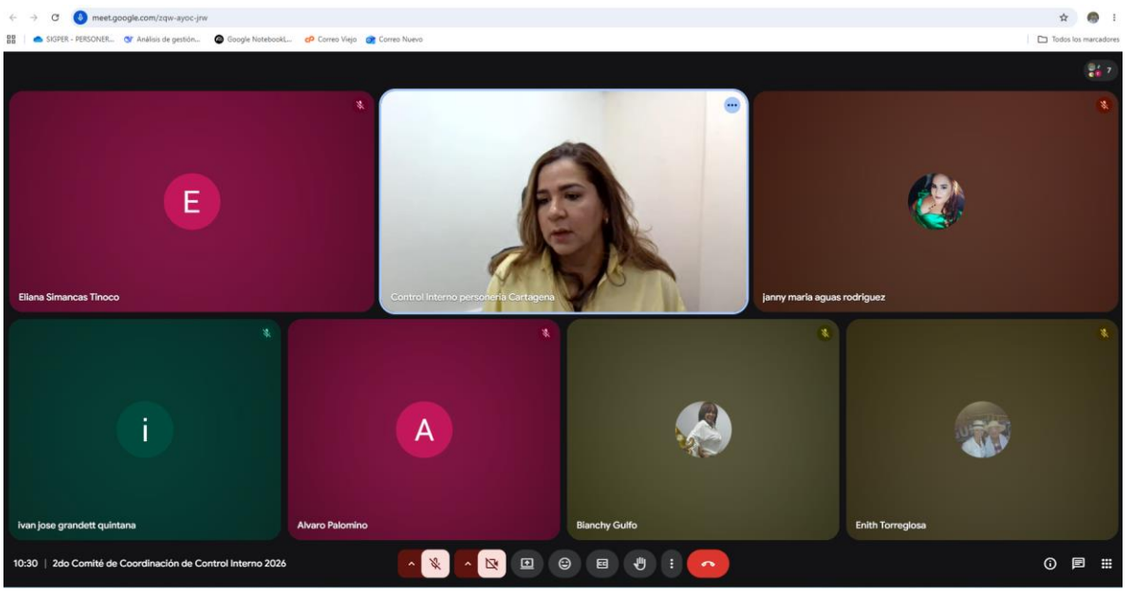
NOMBRE: IVAN GRANDETT QUINTANA
CARGO: Director administrativa

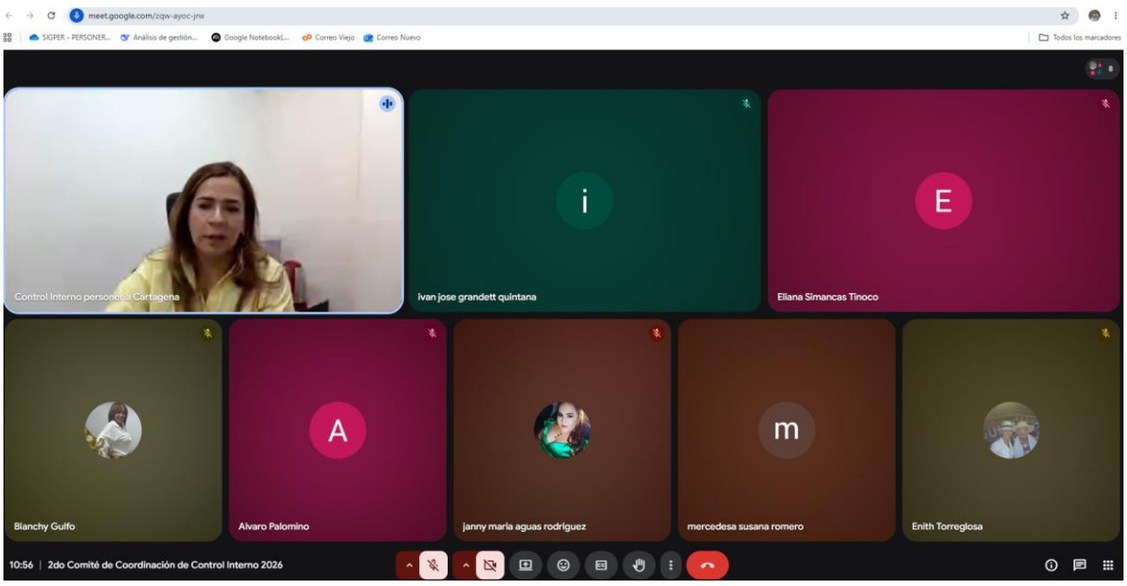
NOMBRE: MERCEDEZ SUSANA ROMERO
CARGO: Jefe de prensa

NOMBRE:BIENVENIDA GULFO AYOLA
CARGO: Jefe de Talento Humano

NOMBRE: JANNY AGUAS RODRIGUEZ
CARGO: Personera Auxiliar

NOMBRE:
CARGO


meet.google.com/zqw-ayoc-jnw
Eliana Simancas Tinoco
Control Interno personería Cartagena
janny maria aguas rodriguez
ivan jose grandett quintana
Alvaro Palomino
Bianchy Gulfo
Enith Torreglosa
10:30 | 2do Comité de Coordinación de Control Interno 2026


meet.google.com/zqw-ayoc-jnw
Control Interno personería Cartagena
ivan jose grandett quintana
Eliana Simancas Tinoco
Bianchy Gulfo
Alvaro Palomino
janny maria aguas rodriguez
mercedesa susana romero
Enith Torreglosa
10:56 | 2do Comité de Coordinación de Control Interno 2026