Auditoría No: 03
Bogotá D.C, 14 de octubre de 2026
Informe: Final

1. INFORMACIÓN GENERAL

PROCESO:

- **Procesos de Dirección:** Direccionamiento Estratégico; Evaluación, Control y Mejoramiento; y Atención al Usuario.
- **Procesos Misionales:** Gestión de Asuntos Estratégicos; Gestión Jurídica; y Gestión de: Seguridad, Apoyo Logístico Presidencial y Comunicación y Prensa.
- **Procesos de Soporte:** Gestión Administrativa; Gestión Financiera; Adquisición de Bienes y Servicios; Gestión Documental; Talento Humano; y Tecnología de Información y Comunicaciones.

DEPENDENCIA:

- **Proceso de Direccionamiento Estratégico:** Oficina de Planeación.
- **Proceso de Evaluación, Control y Mejoramiento:** Oficina de Control Interno.
- **Proceso de Atención al Usuario:** Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano.
- **Proceso de Asuntos Estratégicos:** Consejería Presidencial para la Reconciliación Nacional; Secretaría de Transparencia; Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario; Oficina del Despacho de la Vicepresidencia de la República.
- **Proceso de Gestión Jurídica:** Secretaría Jurídica.
- **Proceso de Gestión de Seguridad, Apoyo Logístico Presidencial, Comunicación y Prensa:** Secretaría para las Comunicaciones y Prensa; Jefatura para la Protección Presidencial.
- **Proceso de Gestión Administrativa:** Grupo de Servicios Generales y Gestión Ambiental; Grupo de Comisiones y Viajes; Grupo de Mantenimiento y Conservación de Bienes Muebles e Inmuebles.
- **Proceso de Gestión Financiera:** Área Financiera.
- **Proceso de Adquisición de Bienes Servicios:** Área de Contratos.
- **Proceso de Gestión Documental:** Grupo de Gestión Documental.
- **Proceso de Talento Humano:** Grupo de Seguridad y Salud en el Trabajo; Grupo de Gestión de Personal; Grupo de Bienestar y Desarrollo.
- **Proceso de Tecnología de Información y Comunicaciones:** Oficina Tecnología de Información y Comunicaciones.

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:

General:

- Determinar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión de la Presidencia de la República – SIGEPRE (NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 45001:2018, NTC ISO/IEC 27001:2022, y Modelo EFR).

Específicos:

- Evaluar la eficacia de los procesos auditados para alcanzar los resultados previstos y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales.

- Verificar la efectividad de los controles y acciones implementados para la gestión de riesgos, oportunidades y el tratamiento de hallazgos asociados al SIGEPRE.

- Identificar oportunidades de mejora que fortalezcan el desempeño, la sostenibilidad y la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Se cubrieron los 12 procesos institucionales mediante una muestra representativa de dependencias y sedes, y verificando la totalidad de los requisitos aplicables de NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 45001:2018, NTC ISO/IEC 27001:2022, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y Modelo EFR 1000-1 V6.

CRITERIOS DE AUDITORÍA:

Los requisitos aplicables de las normas NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015, NTC ISO 45001:2018, NTC ISO/IEC 27001:2022, Decreto 1072 de 2015, Resolución 0312 de 2019 y Modelo EFR 1000-1 V6; así como los demás requisitos legales, técnicos y organizacionales aplicables.

RIESGOS EVALUADOS EN LA AUDITORÍA:

PROCESO	RIESGO
Direccionamiento Estratégico	Posibilidad de afectación reputacional, por falencias en la administración del Sistema Integrado de planeación y gestión del Sector Administrativo de Presidencia, debido a la falta de seguimiento y toma de decisión oportuna en relación con indicadores, planes y demás información contenida allí.
Evaluación, Control y Mejoramiento	Posibilidad de afectación reputacional por la emisión de resultados de auditoría interna que no generan valor para la toma de decisiones institucionales, debido a deficiencias en la planeación, ejecución o en la comunicación de los hallazgos.

PROCESO	RIESGO
Atención al Usuario	Posibilidad de afectación reputacional, por respuestas extemporáneas de las dependencias de la Entidad, debido al incumplimiento de los términos de Ley.
Gestión de Asuntos Estratégicos	Posibilidad de afectación reputacional, por divulgación de información errónea, inexacta e inoportuna que conlleva a la toma incorrecta de decisiones frente a la transparencia y la lucha contra la corrupción, debido a fallas en los procesos de recolección, validación y comunicación de la información.
	Posibilidad de afectación reputacional, por débil implementación de la Política Integral de Derechos Humanos, debido a la desarticulación interinstitucional para el diseño e implementación del Plan Nacional de Acción de DDHH.
	Posibilidad de afectación reputacional de la Oficina de Despacho de la vicepresidenta de la República, por incumplimiento de prioridades y directrices emitidas por la señora vicepresidenta (cómo: atrasos/fallas en la coordinación interinstitucional e intersectorial), debido a la alta rotación de enlaces y debilidades en el seguimiento a compromisos.
Gestión Jurídica	Posibilidad de afectación económica, por multas y sanciones de entes de control y vigilancia, debido al incumplimiento de los términos señalados en la ley para adelantar alguna actuación judicial.
Gestión de: Seguridad, Apoyo Logístico Presidencial y Comunicación y Prensa	Posibilidad de afectación reputacional por la alteración a la integridad física del Presidente o Vicepresidenta de la República, sus familias o los altos funcionarios, debido a la vulneración de los dispositivos de seguridad y protección implementados por la Jefatura para la Protección Presidencial.
Gestión Administrativa	Posibilidad de afectación reputacional, por un inadecuado manejo de las emergencias ambientales, debido a la falta de implementación de protocolos operacionales en la Entidad.
	Posibilidad de afectación reputacional por la mala programación de los recursos, debido a la errada actualización de la información remitida por las dependencias.
Gestión Financiera	Posibilidad de afectación reputacional por la pérdida de la documentación pública reservada y publica clasificada, o identificable de carácter personal (datos personales) que se encuentra en la Plataforma de TI o repositorios físicos, debido a accesos no autorizados.
Adquisición de Bienes y Servicios	Posibilidad de afectación reputacional, por contribuir a una gestión ineficiente, debido a la definición de requisitos o condiciones que no puedan ser cumplidas por los oferentes que participan en las actividades contractuales de la Entidad.
Gestión Documental	Posibilidad de afectación reputacional por la pérdida de documentos de archivo debido a la inadecuada aplicación de los procesos archivísticos y de conservación en los archivos del DAPRE.

PROCESO	RIESGO
Talento Humano	Posibilidad de afectación económica por multas y sanciones de entes de control y vigilancia, debido al incumplimiento de actividades de ley establecidas dentro del plan anual de trabajo del SG-SST.
Tecnología de Información y Comunicaciones	Posibilidad de afectación reputacional, por la pérdida de la documentación pública reservada y pública clasificada, o identificable de carácter personal, que se encuentra en plataformas TIC o repositorios físicos, debido a accesos no autorizados.
	Posibilidad de afectación reputacional, por la suspensión masiva en la prestación de los servicios de telecomunicaciones, debido a fallas técnicas en los equipos de comunicaciones y/o de los operadores externos.
	Posibilidad de afectación reputacional, por el uso indebido de la información pública clasificada y/o pública reservada de la Entidad, así como de aquella identificable de carácter personal, debido a la falta de controles para la protección de la información.
	Posibilidad de afectación reputacional, por hurto, pérdida o fuga de información, debido a ataques cibernéticos.
	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de la gestión de la continuidad del negocio en activos de información, debido a situaciones adversas.
	Posibilidad de afectación reputacional, por la pérdida de disponibilidad de los servicios TIC, debido a la falta de seguimiento y monitoreo de las herramientas TIC.

2. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

La auditoría interna del SIGEPRE se desarrolló conforme al programa de auditoría aprobado, mediante la revisión de la información documentada del Sistema Integrado de Gestión, el análisis de los riesgos y controles institucionales, la revisión de caracterizaciones, procedimientos, manuales, matrices, registros e indicadores, así como la realización de entrevistas y reuniones con los responsables de los procesos y dependencias auditadas.

La evaluación se efectuó bajo un enfoque basado en riesgos y considerando los requisitos aplicables de las normas ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO/IEC 27001:2022, el Decreto 1072 de 2015, la Resolución 0312 de 2019 y Modelo EFR 1000-1 V6, según el alcance definido para cada proceso y sistema de gestión. Asimismo, se verificó la implementación y eficacia de los controles seleccionados en la muestra de auditoría, incluyendo aspectos relacionados con la gestión institucional, la operación de los procesos, la seguridad de la información, la continuidad, la competencia, la gestión documental y el mejoramiento. Los resultados fueron registrados en las listas de verificación y papeles de trabajo de los auditores, a partir de los cuales se consolidaron los aspectos relevantes, oportunidades de mejora y no conformidades identificadas.

La auditoría permitió evaluar, bajo un enfoque basado en riesgos, la capacidad del sistema para cumplir los requisitos legales, reglamentarios, normativos y establecidos por la entidad, así como su contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la mejora continua.

A continuación, se presentan los hallazgos agrupados primero según su carácter transversal al SIGEPRE o a dos o más sistemas de gestión y, posteriormente, por sistema de gestión. Dentro de cada apartado se discriminan los aspectos relevantes, las oportunidades de mejora y las no conformidades. Para las no conformidades se identifica el proceso asociado; cuando el hallazgo es transversal a más de un sistema de gestión, se asigna como proceso responsable el de Direccionamiento Estratégico, para facilitar la gestión y articulación de las acciones para cada sistema involucrado.

2.1 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA – SIGEPRE

a. ASPECTOS RELEVANTES

Aspecto Relevante No 01: AUDITORÍA INTERNA CON ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.
Proceso: Evaluación, Control y Mejoramiento.

Requisitos: ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO/IEC 27001:2022, numeral 9.2. Modelo EFR 1000-1 V6, elemento 10. Auditoría interna.

Se evidenció que las auditorías internas de la Entidad se planifican y desarrollan bajo un enfoque basado en riesgos, considerando la metodología establecida y los lineamientos de ISO 19011 y del DAFP, con programación de auditorías y consideración de riesgos propios de las unidades auditables. Esta práctica permite orientar los ejercicios de auditoría hacia los asuntos de mayor importancia y fortalecer la capacidad del SIGEPRE para generar información útil para la toma de decisiones y el mejoramiento.

Aspecto Relevante No 02: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INFRAESTRUCTURA CON ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.
Proceso: Gestión Administrativa

Requisito: ISO 9001:2015, numeral 7.1.3. Infraestructura. ISO 14001:2015, numeral 8.1. ISO 45001:2018, numeral 8.1. Control operacional.

Se evidenció que la planificación del mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles parte de la identificación periódica de necesidades mediante inspecciones y contempla

la definición de prioridades para la nueva vigencia con base en valoración de riesgos, como insumo para la formulación del plan anual de mantenimiento y conservación. Esta práctica permite orientar las actividades de mantenimiento preventivo hacia las necesidades identificadas y contribuir a la disponibilidad y conservación de la infraestructura requerida para la operación institucional.

b. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de Mejora No. 1: FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRACIÓN DEL ANÁLISIS DE CONTEXTO EN LA PLANEACIÓN
Proceso: Direccionamiento Estratégico

Criterio: ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO/IEC 27001:2022, numeral 4.1. Comprensión de la organización y su contexto.

Condición: Se evidenció que la organización ha determinado las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito, su dirección estratégica y que afectan su capacidad para lograr los resultados previstos del SIGEPRE, mediante ejercicios realizados de manera independiente para cada sistema de gestión. En este sentido, se mantiene la oportunidad de mejora identificada en el ciclo de auditoría 2025, relacionada con la unificación de la herramienta o metodología para la identificación y análisis del contexto de los sistemas de gestión institucionales, de manera que se fortalezca la integración y trazabilidad de los resultados del análisis de contexto en la planeación estratégica y en el seguimiento de los objetivos institucionales, evitando que factores relevantes identificados de manera independiente puedan no ser considerados de forma articulada en la toma de decisiones y en el direccionamiento institucional.

Oportunidad de Mejora No. 2: PRIORIZACIÓN DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS SEGÚN SU INCIDENCIA EN LOS OBJETIVOS
Proceso: Direccionamiento Estratégico

Criterio: ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO/IEC 27001:2022, numeral 4.1. Comprensión de la organización y su contexto.

Condición: Se evidenció que la organización identifica y analiza factores internos y externos que pueden incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales y en los resultados previstos de los sistemas de gestión que hacen parte del SIGEPRE. No obstante, se identifica la oportunidad de fortalecer la metodología utilizada mediante la incorporación de criterios que permitan valorar y priorizar dichos factores de acuerdo con su nivel de incidencia sobre los objetivos institucionales y los resultados previstos del SIGEPRE, de manera que se facilite la focalización de las acciones y recursos sobre aquellos asuntos de mayor relevancia y se reduzca el riesgo de otorgar un tratamiento

equivalente a cuestiones con diferentes niveles de impacto sobre la gestión institucional.

No Conformidad Real No. 2. FALTA DE ESTABLECIMIENTO DE ACCIONES PARA ABORDAR LAS OPORTUNIDADES
Proceso asociado: *Direccionamiento Estratégico*

Criterio(s):
- *ISO 9001:2015, numeral 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.*
- *ISO 45001:2018, numeral 6.1.4 – Planificación de acciones.*

Condición: *No se evidencia que la entidad haya establecido las acciones necesarias para abordar oportunidades que permitan asegurar los resultados previstos, aumentar los efectos deseables, prevenir los efectos no deseados y lograr la mejora.*

Entre las oportunidades identificadas durante la auditoría para las cuales no se evidenció la definición de acciones se encuentran: innovación y uso de inteligencia artificial, articulación interinstitucional (CONADIH), tendencias de otros países u organizaciones sobre políticas dirigidas a población sujeta a especial protección y políticas de cuidado, y articulación interinstitucional o interdependencias, entre otras.

Lo anterior evidencia una debilidad transversal en la planificación de acciones para abordar las oportunidades identificadas, dado que su identificación no se traduce de manera consistente en acciones planificadas para su aprovechamiento y para contribuir al logro de los resultados y la mejora del SIGEPRE.

Réplica a la No Conformidad Real:

Mediante memorando MEM26-00006501 / AGEO del 29 de septiembre de 2026, la Oficina de Planeación presentó observaciones frente a la No Conformidad Real, señalando que la Entidad ha venido fortaleciendo los lineamientos y herramientas para la identificación y gestión de oportunidades mediante actividades de socialización y capacitación dirigidas a las diferentes dependencias.

En particular, la Oficina de Planeación informó que diseñó e implementó el F-DE-61 Matriz de Oportunidades SIGEPRE, como herramienta para la identificación, registro, análisis, gestión y seguimiento de las oportunidades identificadas en el Sistema Integrado de Gestión. De acuerdo con la réplica, el formato contempla una sección para el registro formal de la oportunidad y otra correspondiente al instructivo para su diligenciamiento, con el propósito de estandarizar la gestión, facilitar su trazabilidad y apoyar la toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo.

Con fundamento en lo anterior, la Oficina de Planeación solicita considerar dentro del análisis de la no conformidad la implementación del F-DE-61 y las actividades de capacitación y socialización realizadas, así como precisar las evidencias revisadas durante la auditoría y los criterios utilizados para determinar que las acciones implementadas no permitían demostrar el establecimiento de mecanismos para abordar las oportunidades identificadas.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

En atención a la observación presentada por la Oficina de Planeación, el equipo auditor revisó nuevamente los argumentos expuestos y la evidencia que sustentó la No Conformidad Real No. 2, particularmente frente a la existencia del F-DE-61 Matriz de Oportunidades SIGEPRE y a las actividades de socialización y capacitación señaladas por en la réplica.

Al respecto, se precisa que durante el desarrollo de la auditoría el F-DE-61 no fue presentado al equipo auditor por los responsables que atendieron el proceso de Direccionamiento Estratégico, razón por la cual su existencia, características y aplicación no hicieron parte de la evidencia disponible durante la ejecución de las pruebas correspondientes.

La evidencia obtenida durante la auditoría comprendió entrevistas con el Jefe de la Oficina de Planeación (E) y el contratista que atendieron la auditoría, así como entrevistas realizadas con funcionarios de las dependencias seleccionadas para verificar la aplicación de los mecanismos institucionales relacionados con la gestión de oportunidades. En particular, se realizaron indagaciones con personal de la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, la Oficina del Despacho de la Vicepresidencia y la Secretaría de Transparencia.

Durante dichas entrevistas se identificaron situaciones reconocidas por los entrevistados como oportunidades o condiciones favorables para el desarrollo de sus funciones; sin embargo, en el momento de la auditoría no se obtuvo evidencia objetiva suficiente que permitiera demostrar cómo, a partir de dichas oportunidades, se establecían, planificaban y gestionaban acciones para su aprovechamiento, ni cómo estas se integraban y eran objeto de seguimiento dentro del SIGEPRE. Entre las situaciones indagadas se consideró, a manera de ejemplo, el uso de herramientas de inteligencia artificial para la recolección y gestión de información.

Posteriormente, en desarrollo de la mesa de trabajo "Hallazgos Auditoría Interna al SIGEPRE – Direccionamiento Estratégico", realizada el 7 de octubre de 2026, la Oficina de Planeación amplió la información relacionada con el mecanismo establecido para la gestión de oportunidades. Como resultado de dicha mesa de trabajo, remitió evidencia adicional que incluye el Acta No. 04 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño

– CIGD, del 6 de mayo de 2026, relacionada con la revisión y aprobación de documentos de impacto transversal, entre ellos la Matriz de Identificación de Oportunidades del SIGEPRE.

Así mismo, se remitió evidencia de la socialización del instrumento a las dependencias de la Entidad, realizada posterior a su aprobación, así como soportes de la capacitación denominada "Gestión de Riesgos y Oportunidades", desarrollada durante marzo de 2026 en el marco del Plan Estratégico de Capacitación. La documentación adicional incluye la presentación utilizada, los registros de asistencia y los resultados de la evaluación realizada a los participantes.

La evidencia complementaria permite establecer que la Entidad sí ha desarrollado acciones orientadas a fortalecer metodológicamente la gestión de oportunidades, incluyendo el diseño del F-DE-61, su revisión y aprobación institucional, actividades de socialización y acciones de capacitación. En consecuencia, la situación identificada durante la auditoría no corresponde a la ausencia de una metodología o de acciones institucionales orientadas a gestionar oportunidades.

No obstante, la evidencia aportada posteriormente tampoco permite demostrar que el F-DE-61 se encuentre implementado y apropiado de manera sistemática en todos los procesos y dependencias seleccionados para la auditoría, ni que las oportunidades identificadas durante las entrevistas hayan sido incorporadas mediante dicho mecanismo y cuenten con acciones, responsables, plazos, indicadores y seguimiento documentados. Adicionalmente, considerando la renovación de los equipos de trabajo institucionales asociada al cambio de Gobierno, resulta pertinente fortalecer los mecanismos de difusión, inducción, reinducción y apropiación de la metodología, con el fin de asegurar que los responsables de los procesos conozcan el mecanismo establecido y lo apliquen de manera consistente.

Por lo anterior, se considera que la evidencia adicional desvirtúa la condición de ausencia de acciones o metodología para abordar las oportunidades, razón por la cual no resulta procedente mantener la No Conformidad Real No. 2.

No obstante, se mantiene como oportunidad de fortalecimiento la necesidad de consolidar la implementación, apropiación y trazabilidad de la metodología institucional para la gestión de oportunidades. En consecuencia, se retira la No Conformidad Real No. 2 y se da alcance a la Oportunidad de Mejora No. 3 existente, incorporando en su formulación los aspectos identificados durante esta revisión.

Como resultado del análisis de la réplica, de la mesa de trabajo del 7 de octubre de 2026 y de la evidencia adicional remitida posteriormente por la Oficina de Planeación, se retira la No Conformidad Real No. 2. La situación identificada se integra a la Oportunidad de Mejora No. 3, así:

Oportunidad de Mejora No. 3. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LAS OPORTUNIDADES INSTITUCIONALES
Proceso: Direccionamiento Estratégico

Criterio: ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO/IEC 27001:2022, numeral 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Condición: Se evidenció que el Manual del SIGEPRE contempla la identificación de oportunidades y que la Entidad ha venido fortaleciendo los mecanismos para su gestión. Así mismo, se verificó la existencia del F-DE-61 Matriz de Oportunidades SIGEPRE, instrumento diseñado para la identificación, registro, análisis, gestión y seguimiento de las oportunidades, el cual contempla, entre otros aspectos, la fuente y descripción de la oportunidad, el proceso impactado, las acciones a desarrollar, los recursos requeridos, los responsables, el plazo de ejecución, los indicadores de cumplimiento, el estado de implementación y las evidencias que soportan su ejecución.

Se evidenció adicionalmente que la metodología ha sido objeto de revisión y aprobación institucional, socialización a las dependencias y capacitación en gestión de riesgos y oportunidades.

No obstante, se identifica una oportunidad para fortalecer la implementación, apropiación y aplicación sistemática de esta metodología en los diferentes procesos y dependencias del SIGEPRE, de manera que las oportunidades identificadas sean traducidas en acciones con responsables, plazos y mecanismos de seguimiento, asegurando su trazabilidad hasta los resultados obtenidos.

Así mismo, resulta pertinente fortalecer los mecanismos de divulgación, inducción y reinducción asociados a la metodología, considerando la renovación de los equipos de trabajo institucionales, con el propósito de asegurar su conocimiento y aplicación por parte de los responsables de los procesos.

Oportunidad de Mejora No. 4. FORTALECIMIENTO DE LA TRAZABILIDAD DE LAS ACCIONES ASOCIADAS A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS RELACIONADAS CON CAMBIO CLIMÁTICO
Proceso: Direccionamiento Estratégico

Criterio: ISO 9001:2015, numeral 4.2 – Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, considerando la Enmienda 1:2024 relacionada con cambio climático.

Condición: Se evidenció que la Entidad cuenta con el documento D-DE-22 "Partes Interesadas SIGEPRE (Necesidades y expectativas)", mediante el cual identifica las partes interesadas pertinentes y determina sus necesidades y expectativas, incluyendo

aspectos relacionados con la gestión ambiental que pueden guardar relación con cambio climático. Así mismo, se evidenció que el SIGEPRE ha considerado el cambio climático como una cuestión pertinente y que la Entidad desarrolla acciones relacionadas con mitigación, adaptación, eficiencia en el uso de recursos y gestión ambiental.

No obstante, se identifica una oportunidad para fortalecer la trazabilidad entre las necesidades y expectativas de las partes interesadas relacionadas con cambio climático, las acciones establecidas para su atención y los mecanismos de seguimiento y evaluación de sus resultados, de manera que sea posible identificar de forma integrada cómo dichas expectativas son consideradas en la planificación y gestión del SIGEPRE.

c. NO CONFORMIDADES

No Conformidad Real No. 1. DEFICIENCIAS EN LA IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio:
- ISO/IEC 27001:2022, numeral 10.1 – No conformidad y acción correctiva.

Condición: En la revisión de los mecanismos establecidos para el tratamiento y seguimiento de las no conformidades y de las acciones correctivas derivadas de auditorías anteriores, se evidenciaron situaciones que muestran que las acciones implementadas no han resultado eficaces para evitar la recurrencia de las situaciones que dieron origen a los hallazgos.

En el SGSI, mediante la revisión de una muestra de las acciones planteadas para el tratamiento de las no conformidades de la auditoría interna 2025, se evidenció que algunas de las situaciones identificadas volvieron a presentarse durante la auditoría 2026, particularmente las siguientes:

1. Descarga y uso de WhatsApp Web en estaciones de trabajo institucionales, asociado a la **NCR-1280**.

2. Almacenamiento inadecuado de información institucional en el escritorio de equipos de cómputo, asociado a la **NCR-1284**.

3. Punto de red activo o disponible sin control ni protección física o lógica, asociado a la **NCR-1287**.

4. Ausencia de controles de acceso lógico en el equipo del auditorio del cuarto piso, permitiendo la conexión de dispositivos extraíbles y la exposición de información histórica, asociado a la **NCR-1281**.

La evidencia recolectada muestra que las acciones revisadas no han resultado efectivas para evitar la recurrencia de las situaciones identificadas, al evidenciarse la repetición de los incumplimientos en el mismo lugar o en otros sitios. Lo anterior evidencia debilidades en la eficacia de las acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades y evitar su recurrencia, conforme al numeral 10.1 de la ISO/IEC 27001:2022.

Réplica a la No Conformidad Real:

Mediante memorando MEM26-00006501 / AGEO del 29 de septiembre de 2026, la Oficina de Planeación presentó observaciones frente a la No Conformidad Real, solicitando revisar la valoración efectuada, teniendo en cuenta que la Entidad realizó la identificación y consideración de los aspectos asociados al cambio climático dentro del contexto estratégico del Sistema Integrado de Gestión.

Así mismo, manifestó que la Entidad ha establecido mecanismos para realizar la trazabilidad y seguimiento de las acciones relacionadas con el cambio climático, entre ellos el indicador "Acciones de cambio climático implementadas en el Sistema Integrado de Gestión", mediante el cual se realiza seguimiento a la implementación de medidas orientadas a incorporar y fortalecer acciones frente al cambio climático en la Entidad.

En este sentido, la Oficina de Planeación consideró pertinente precisar si las evidencias anteriormente señaladas fueron tenidas en cuenta dentro del análisis de la auditoría y, de ser así, cómo se determinó que estas no resultaban suficientes para demostrar el tratamiento de la situación identificada en la NCR-1214 y la eficacia de las acciones implementadas.

Por último, solicitó precisar la evidencia objetiva que sustenta la recurrencia de la no conformidad, así como los elementos considerados para determinar que las acciones implementadas no fueron eficaces.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

En atención a la observación presentada por la Oficina de Planeación, el equipo auditor revisó nuevamente la evidencia relacionada con la incorporación del cambio climático en el SIGEPRE. Adicionalmente, se llevó a cabo la mesa de trabajo "Hallazgos Auditoría

Interna al SIGEPRE – Direccionamiento Estratégico", el 7 de octubre de 2026, en la cual se revisaron los argumentos y evidencias asociados a la situación planteada.

Como resultado de esta revisión, se reconoce que el documento D-DE-22 "Partes Interesadas SIGEPRE (Necesidades y expectativas)" establece las partes interesadas pertinentes y sus necesidades y expectativas, incluyendo aspectos relacionados con la gestión ambiental que pueden guardar relación con cambio climático. Así mismo, se verificó que la Entidad ha incorporado el cambio climático como una cuestión pertinente dentro de la gestión del SIGEPRE y ha establecido acciones y mecanismos de seguimiento relacionados con este aspecto.

En consecuencia, la evidencia complementaria permite concluir que no resulta procedente mantener la situación relacionada con cambio climático dentro de la No Conformidad Real No. 1. No obstante, se identifica una oportunidad para fortalecer la trazabilidad entre las necesidades y expectativas de las partes interesadas relacionadas con cambio climático, las acciones establecidas para su atención y los mecanismos de seguimiento y evaluación de sus resultados.

Por otra parte, respecto del SGSI, se mantiene la evidencia objetiva de recurrencia de situaciones identificadas en las acciones derivadas de la auditoría interna 2025. Por lo anterior, se mantiene la No Conformidad Real No. 1, limitando su alcance exclusivamente al SGSI y al requisito 10.1 de la ISO/IEC 27001:2022. La situación relacionada con las necesidades y expectativas de las partes interesadas frente al cambio climático se retira de la clasificación como no conformidad y se incorpora como Oportunidad de Mejora No. 4 independiente.

Como resultado del análisis de la réplica y de la evidencia complementaria revisada, se ajusta el alcance de la No Conformidad Real No. 1 en el presente informe.

No Conformidad Real No. 2. DEFICIENCIAS EN LA DETERMINACION, ACTUALIZACION Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES AMBIENTALES Y DE SST
Proceso asociado: Direccionamiento Estratégico

Criterio(s):

- ISO 14001:2015, numeral 6.1.3 y 9.1.2 Determinación de los requisitos legales y otros requisitos y evaluación de cumplimiento.

- ISO 45001:2018, numeral 6.1.3 y 9.1.2 Determinación de los requisitos legales y otros requisitos y evaluación de cumplimiento.

Condición: La organización presenta deficiencias en la determinación, actualización, aplicación y evaluación del cumplimiento de los requisitos legales ambientales y de seguridad y salud en el trabajo, evidenciándose situaciones en las que los requisitos aplicables no se encuentran incorporados o actualizados en los mecanismos establecidos para su gestión, así como incumplimientos o ausencia de evidencia respecto de obligaciones legales específicas.

En el componente ambiental, durante la revisión de la Matriz de identificación y evaluación de requisitos legales y otros requisitos en gestión ambiental D-GA-09, con actualización trimestral al 30/06/2026, se evidenció:

- No se encuentran incorporadas las siguientes disposiciones identificadas como aplicables: Decreto 766 de 2026, relacionado con gestión integral de residuos peligrosos; Decreto 646 de 2025, correspondiente al Decreto Único Distrital del Sector Ambiente; Ley 2455 de 2025, relacionada con la lucha contra el maltrato animal y el Estatuto Nacional de Protección de los Animales; Decreto 670 de 2025, relacionado con el Programa Basura Cero; y Resolución 40156 de 2022, relacionada con el Programa de Uso Racional y Eficiente de la Energía.

- La matriz registra como vigente la Resolución 1512 de 2010, relacionada con los Sistemas de Recolección Selectiva y Gestión Ambiental de Residuos de Computadores y/o Periféricos, pese a encontrarse derogada.

- No se evidenció la inscripción ante el Registro Único Ambiental (RUA) de las sedes Casa de Huéspedes Ilustres – Cartagena y Hacienda Hato Grande – Sopó, Cundinamarca, ante las respectivas autoridades ambientales.

- Para la sede DAPRE, se evidenció que la inscripción al RUA fue realizada el 16/05/2026 y el reporte el 25/05/2026, posteriormente a las fechas establecidas para el cumplimiento de dichas obligaciones.

- El documento D-GA-02 Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS), versión 7, enero de 2026, no contempla medidas relacionadas con cese, cierre y desmantelamiento, ni contingencias asociadas a la falta de recolección de residuos.

En el componente de seguridad y salud en el trabajo, se evidenció que el ascensor electromecánico “Recepción”, ID 269825, ubicado en la Casa de Nariño, cuenta con certificación de inspección ENG-TV-3931 del 25 de noviembre de 2021. Sin embargo, no se observaron registros que demuestren la realización de las inspecciones anuales posteriores requeridas, evidenciándose ausencia de soporte documental sobre el cumplimiento de esta obligación.

Así mismo, durante la auditoría se verificó que en la Casa de Nariño se encuentran instaladas dos calderas marca Gemsa, categoría II, con capacidades de 98 kW (10 BHP) y 147,15 kW (15 BHP), respectivamente. Para estas instalaciones no se evidenció el Programa de Gestión para el Trabajo en Calderas establecido, ni los registros que permitieran demostrar su implementación con base en los requisitos establecidos en la Resolución 1857 de 2024.

En conjunto, las situaciones evidenciadas muestran que la organización no asegura de manera eficaz la gestión integral de sus obligaciones de cumplimiento, debido a deficiencias tanto en la actualización y determinación de los requisitos legales aplicables como en su incorporación a los mecanismos de gestión y en la evaluación y demostración de su cumplimiento.

No Conformidad Real No. 3. DEFICIENCIAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE CONTROLES OPERACIONALES SOBRE CONTRATISTAS, SUSTANCIAS QUÍMICAS Y ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO
Proceso asociado: Direccionamiento Estratégico

Criterio(s):
- ISO 14001:2015, numeral 8.1 – Planificación y control operacional.
- ISO 45001:2018, numeral 8.1 – Planificación y control operacional.

Condición: En la verificación de los controles operacionales ambientales y de SST se identificaron desviaciones relacionadas con la aplicación efectiva de los controles establecidos para actividades de mantenimiento, manejo de sustancias químicas y contratistas.

En el componente ambiental se evidenció, entre otras situaciones, la presencia de productos químicos sin identificación conforme al Sistema Globalmente Armonizado, ausencia de evidencia sobre algunas obligaciones ambientales de contratistas y falta de evidencia de cuantificación y gestión de determinados residuos generados por contratistas. Durante la auditoría se evidenciaron las siguientes situaciones:

- En el contrato de mantenimiento de sistemas fotovoltaicos, durante la actividad de lavado de paneles solares realizada por Ingeniería Digital Service S.A.S. el 26/08/2026, se observó el producto químico "Detergente Multiusos Neutro – Cleanheart" sin identificación conforme al Sistema Globalmente Armonizado (SGA).

- Para el contratista Ingeniería de Bombas y Plantas S.A.S., Contrato No. 475-24, no se evidenciaron registros que demuestren el cumplimiento de las obligaciones ambientales establecidas en los numerales 6 y 17, relacionadas con la cuantificación de residuos peligrosos, especiales, aprovechables y no

aprovechables, así como la entrega a gestores autorizados de residuos peligrosos, aceites usados, envases y/o estopas impregnadas con aceites usados.

- En la bodega de insumos de Servicios Generales de la Casa de Nariño, a cargo del contratista 1A Consorcio, se observó el producto "Cera para pisos – Récord Profesional", cuya etiqueta no presenta los pictogramas correspondientes al SGA. Adicionalmente, se observó un envase de gasolina sin identificación.

- Se evidenció que los residuos aprovechables generados en la Casa de Equidad de la Mujer no son entregados a la Asociación de Recicladores de Bogotá (ARB), de acuerdo con el mecanismo de gestión establecido por la organización.

En cuanto a las disposiciones relativas a seguridad y salud en el trabajo, se evidenció la falta de aplicación efectiva de controles operacionales para la prevención de los riesgos químico y mecánico. Durante la auditoría se evidenciaron las siguientes situaciones:

- Durante la visita a la Casa de Nariño, se evidenció que dos auxiliares de mantenimiento realizaban actividades de pintura de puertas sin contar con protección respiratoria adecuada para la actividad desarrollada; adicionalmente, se observaron trazas de laca automotriz blanca alrededor de la nariz de los trabajadores.

- En la misma visita, el técnico de mantenimiento de la subestación manifestó no haber recibido capacitación en el Sistema Globalmente Armonizado (SGA), atención de derrames y uso del kit de derrames.

- El técnico de mantenimiento de la subestación manifestó que el gabinete contra incendio suele ser utilizado para lavar pisos, destinándolo a una actividad diferente de aquella para la cual se encuentra dispuesto, relacionada con la protección contra incendios.

- En el área de calderas, se observó un recipiente identificado con la etiqueta "jabón industrial" que contenía ACPM, evidenciando una condición inadecuada de identificación y almacenamiento de sustancias químicas.

- Durante el recorrido realizado en el taller de mantenimiento, se evidenció la utilización de herramientas hechizas, como un martillo, y máquinas sin las protecciones requeridas, como compresores, esmeriles y sierras, lo cual representa una desviación frente a lo establecido en la Ley 9 de 1979, artículo 112, y la Resolución 2400 de 1979, artículos 267, 273, 274 y 355.

- En el mismo recorrido, se observaron productos químicos sin rotular, como hipoclorito, y no se encontraron disponibles en el sitio las fichas de datos de seguridad de las tintas para madera, evidenciándose desviaciones frente a lo establecido en la Ley 9 de 1979, artículo 102; Decreto 1496 de 2018, artículos 6, 7, 8 y 17; y Resolución 773 de 2021, artículo 16.

Lo anterior evidencia que los controles operacionales definidos no se están implementando de manera eficaz en todas las actividades y condiciones verificadas.

No Conformidad Real No. 4. DEFICIENCIAS EN LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS
Proceso asociado: Direccionamiento Estratégico

Criterio(s):
- ISO 14001:2015, numeral 8.2 – Preparación y respuesta ante emergencias.
- ISO 45001:2018, numeral 8.2 – Preparación y respuesta ante emergencias.

Condición: En la revisión del D-TH-02 Programa de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias, versión 9 de abril de 2025, se evidenció que el documento no contempla integralmente todas las amenazas y escenarios identificados.

Entre las situaciones verificadas se encuentran:

- No inclusión de la amenaza de incendios forestales.
- Falta de evidencia de simulacros ambientales en Hacienda Hato Grande – Sopó y Casa de Huéspedes Ilustres – Cartagena.
- Falta de evidencia de un plan de evacuación estructurado dentro de la documentación revisada.
- Falta de definición clara del mecanismo y responsable de activación de la alarma de evacuación.
- Falta de diferenciación clara entre alerta y alarma.
- Falta de identificación completa de las sedes que cuentan con pito, sirena o alarma.
- En el alcance del plan se indica Bogotá, aunque el responsable manifiesta que cubre todas las sedes, sin que se evidencie documentalmente dicho alcance.

- No se evidencia de manera suficiente la consideración de situaciones de emergencia que puedan presentarse durante comisiones y viajes.

Lo anterior evidencia que los procesos para preparación y respuesta ante emergencias no se encuentran implementados de manera completa para los escenarios y ubicaciones identificados.

2.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

a. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de Mejora No. 1. OPTIMIZACIÓN Y AUTOMATIZACIÓN DE TRÁMITES PARA REDUCIR REPROCESOS
Proceso: Atención al Usuario

Criterio: ISO 9001:2015, numeral 10.1. Generalidades – Mejora.

Condición: Se evidenció el establecimiento de acciones orientadas a la racionalización y mejora de trámites, incluyendo ajustes en aplicativos relacionados con campañas publicitarias y comisiones al exterior; asimismo, se identificaron actividades en las que se registra nuevamente información que ya se encuentra disponible en sistemas institucionales, como ocurre con algunos datos asociados a hojas de vida disponibles en SIGEP. Se identifica la oportunidad de continuar avanzando en la automatización, integración e interoperabilidad de las herramientas utilizadas y en la simplificación de las actividades que presentan duplicidad en el registro de información, con el propósito de reducir reprocesos, errores asociados a la transcripción de datos y tiempos adicionales de gestión, fortaleciendo la eficiencia y oportunidad en la prestación de los servicios.

Oportunidad de Mejora No. 2 MEJORA EN LA MEDICIÓN DEL AVANCE DE LAS RUTAS PRUUVS
Proceso: Gestión de Asuntos Estratégicos

Criterio: ISO 9001:2015, numeral 9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación – Generalidades.

Condición: Se evidenció el seguimiento al indicador relacionado con los municipios que cuentan con ruta de prevención contra el reclutamiento, uso, utilización y violencia sexual (PRUUVS) de niños, niñas y adolescentes por parte de grupos al margen de la ley, para el cual se reporta una meta de 294 municipios priorizados y un avance de 201 municipios al 30 de junio de 2026, equivalente al 68,37 % de municipios. Se

identifica la oportunidad de complementar la medición actual incorporando el nivel de avance de los diferentes pasos que conforman la ruta de prevención, así como el avance alcanzado por cada municipio, de manera que el indicador represente con mayor precisión el progreso efectivo de la gestión y se reduzca el riesgo de que un resultado agregado limite la identificación de avances parciales, rezagos o necesidades de intervención para la toma oportuna de decisiones.

Oportunidad de Mejora No. 3. FORTALECIMIENTO DE LA CONSISTENCIA EN LA FORMULACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL INDICADOR DE ÉXITO PROCESAL
Proceso: Gestión Jurídica

Criterio: ISO 9001:2015, numeral 9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación – Generalidades.

Condición: Se evidenció el seguimiento trimestral al indicador de éxito procesal, para el cual se identificaron referencias diferentes respecto de la meta establecida —100 % en una sección de la información revisada y 90 % en otra—, frente a un resultado reportado de 92,10 %. Se identifica la oportunidad de revisar y armonizar la ficha técnica del indicador en el aplicativo SIGEPRE, su meta, fórmula de cálculo y criterios para la interpretación de los resultados, de manera que se asegure consistencia en su medición y análisis y se reduzca el riesgo de generar interpretaciones diferentes sobre su nivel de cumplimiento o de utilizar información no homogénea para la evaluación del desempeño y la toma de decisiones.

Oportunidad de Mejora No. 4: FORTALECIMIENTO DEL ANÁLISIS DE LA OPORTUNIDAD Y CALIDAD DE LOS PLANES DE COMUNICACIONES SAMI
Proceso: Gestión de Seguridad, Apoyo Logístico Presidencial, Comunicación y Prensa

Criterio: ISO 9001:2015, numeral 8.7. Control de las salidas no conformes.

Condición: Se evidenció el seguimiento a la publicación y ejecución de campañas mediante los planes de comunicaciones SAMI, incluyendo la medición de su oportunidad. Se identifica la oportunidad de complementar el análisis realizado incorporando variables que permitan evaluar, además de la oportunidad, aspectos relacionados con la calidad de las salidas generadas y las situaciones que puedan afectar su conformidad, de manera que se fortalezca la capacidad para identificar tendencias y oportunidades de intervención y se reduzca el riesgo de que desviaciones asociadas a la calidad no sean detectadas oportunamente cuando el seguimiento se concentra principalmente en el cumplimiento de los tiempos establecidos.

Oportunidad de Mejora No. 5: FORTALECIMIENTO DEL INDICADOR DE GESTIÓN CONTRACTUAL
Proceso: Adquisición de Bienes y Servicios

Criterio: ISO 9001:2015, numeral 9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación – Generalidades.

Condición: Se evidenció el seguimiento al indicador de gestión contractual, calculado a partir de la relación entre las solicitudes tramitadas y las solicitudes recibidas, con una meta establecida del 85 % y un resultado del 100 %. Considerando que todas las solicitudes recibidas son tramitadas y, por tanto, el resultado del indicador tiende a mantenerse en el 100 %, se identifica la oportunidad de revisar o complementar su formulación incorporando variables que permitan medir el desempeño de la gestión, tales como niveles de servicio, oportunidad en la atención o solicitudes no conformes, de manera que el indicador tenga mayor capacidad para evidenciar variaciones en el desempeño, identificar tendencias y generar alertas oportunas para la toma de decisiones y el mejoramiento del proceso.

Oportunidad de Mejora No. 6: FORTALECIMIENTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y TRAZABILIDAD DEL PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA
Proceso: Gestión Administrativa

Criterio(s):
- **ISO 9001:2015, numeral 7.1.3 – Infraestructura.**

Condición: Se evidenció que la Entidad cuenta con mecanismos para identificar necesidades de mantenimiento, realizar inspecciones, establecer prioridades y formular el plan anual de mantenimiento. No obstante, en el F-GA-31 Plan Anual de Mantenimiento de las Sedes de la Presidencia de la República, versión 13, correspondiente a 2026, aunque el documento se encuentra firmado, no se evidencia la fecha de emisión. Asimismo, durante la revisión se identificó que no se encuentra documentado el tratamiento aplicable para la actualización del plan cuando se incorpora una nueva sede al alcance. Esta situación podría generar pérdida de trazabilidad sobre la actualización del plan de mantenimiento y el riesgo de que las necesidades de mantenimiento asociadas a nuevas sedes no sean incorporadas oportunamente a la planificación institucional.

Oportunidad de Mejora No. 7: FORTALECIMIENTO DE LOS CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN Y REMISIÓN DE PQRSD EXTEMPORÁNEAS A CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
Proceso asociado: Atención al Usuario.
Criterio de referencia: ISO 9001:2015, numeral 6.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Condición: Se evidenció que el mapa de riesgos contempla, en el control 4 asociado al riesgo "Posibilidad de afectación reputacional, por respuestas extemporáneas de las dependencias de la Entidad, debido a incumplimiento en los términos de Ley", informar trimestralmente a la Oficina de Control Interno Disciplinario sobre las peticiones extemporáneas para el respectivo seguimiento de las medidas disciplinarias.

Se identifica la necesidad de revisar conjuntamente, entre las dependencias de la Oficina de Relacionamiento con el Ciudadano y Control Interno Disciplinario, los criterios para el reporte de PQRSD extemporáneas, definiendo una validación previa con las dependencias responsables para determinar si fueron atendidas por otro medio, si no requerían respuesta o si existe alguna otra explicación que no constituya incumplimiento legal.

Asimismo, se sugiere precisar los responsables, los criterios de depuración, los registros y las condiciones para la remisión de los casos a Control Interno Disciplinario. Lo anterior permitiría optimizar la gestión y evitar sobrecargas operativas, sin omitir los casos que requieran intervención disciplinaria.

No Conformidad Real No. 2. AUSENCIA DE CRITERIOS Y REGISTROS PARA EL CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES EN EL PROCESO GESTION JURIDICA
Proceso asociado: *Gestión Jurídica*

Criterio(s):
- *ISO 9001:2015, numeral 8.7 – Control de las salidas no conformes.*

Condición: *En la auditoría al proceso de Gestión Jurídica no se evidenció claridad sobre cuáles son los criterios de conformidad aplicables al servicio ni un registro que permita determinar si se han presentado o no salidas no conformes. El auditado manifestó que estas no se presentan y/o no aplican; sin embargo, no se evidenció documentación que establezca los criterios utilizados para dicha determinación ni registros que soporten su identificación, cuando corresponda.*

Lo anterior incumple el requisito de identificar y controlar las salidas no conformes y conservar la información documentada correspondiente.

Réplica a la No Conformidad Real:

Mediante memorando MEM26-00006501 / AGEO del 29 de septiembre de 2026, la Oficina de Planeación presentó observaciones frente a la No Conformidad Real, señalando que la Oficina de Planeación ha fortalecido los lineamientos metodológicos relacionados con el seguimiento a las actividades de control de los procesos.

En particular, informó que estos lineamientos fueron incorporados en el M-DE-04 Manual de Direccionamiento Estratégico y Planeación y que, en aplicación de estos, la Secretaría Jurídica incorporó en su Plan de Acción 2026 la actividad "21. Seguimiento a las actividades de control del Proceso de Gestión Jurídica", orientada al seguimiento de las actividades de control establecidas para el proceso, incluyendo aquellas relacionadas con el tratamiento y seguimiento de las salidas no conformes.

Como soporte de lo anterior, la Oficina de Planeación remitió el documento "Reporte de todas las acciones – 21. Seguimiento a las actividades de control del Proceso de Gestión Jurídica – PA 2026", en el cual se registran las acciones de seguimiento correspondientes al primer y segundo trimestre de 2026 y se identifica como entregable el informe o matriz de seguimiento de las actividades de control del proceso.

La Oficina de Planeación solicita considerar estas evidencias dentro del análisis de la no conformidad y precisar los aspectos específicos que sustentan la conclusión relacionada con la ausencia de criterios y registros para el control de las salidas no conformes.

Análisis de la Oficina de Control Interno

En atención a la réplica presentada por la Oficina de Planeación y a la evidencia adicional remitida, el equipo auditor revisó nuevamente la situación identificada durante la auditoría.

Al respecto, se precisa que durante la ejecución de la auditoría ya se había realizado trazabilidad al Plan de Acción 2026 y a las evidencias de implementación de las estrategias 1 y 2 del proceso de Gestión Jurídica, relacionadas con el fortalecimiento de la seguridad jurídica y de la defensa jurídica. Por tanto, la evidencia adicional remitida mediante la réplica no corresponde a un mecanismo completamente ajeno a las pruebas realizadas durante la auditoría, sino que permite complementar y precisar el alcance de los mecanismos institucionales existentes.

La revisión complementaria permitió corroborar la existencia de lineamientos institucionales para el seguimiento de las actividades de control de los procesos y, particularmente, la incorporación en el Plan de Acción 2026 de la actividad "21. Seguimiento a las actividades de control del Proceso de Gestión Jurídica".

De acuerdo con la evidencia aportada, esta actividad contempla el seguimiento de las actividades de control establecidas para el proceso y considera dentro de su alcance aquellas relacionadas con la identificación, registro, análisis y tratamiento de las salidas no conformes. Así mismo, se evidenció la existencia de matrices o informes de seguimiento asociados a la ejecución de dicha actividad.

Durante la auditoría se indagó expresamente con el auditado sobre la forma en que se determina cuándo un servicio o resultado del proceso de Gestión Jurídica se considera conforme o no conforme. Frente a esta indagación, el auditado manifestó que las salidas no conformes no se presentan y/o no aplican al proceso. Esta respuesta evidenció la necesidad de fortalecer la comprensión y apropiación de los lineamientos establecidos para determinar, reportar y gestionar una eventual salida no conforme.

Así mismo, si bien se evidenciaron informes y matrices relacionados con el seguimiento de las actividades del proceso —incluyendo actividades como la emisión de conceptos jurídicos, elaboración de documentos, conceptos de viabilidad y defensa judicial y extrajudicial—, la revisión realizada permite diferenciar entre la existencia de mecanismos institucionales de seguimiento y el nivel de apropiación y aplicación por parte de los responsables del proceso de los lineamientos relacionados específicamente con las salidas no conformes.

En consecuencia, la evidencia adicional permite establecer que no resulta procedente mantener la No Conformidad Real inicialmente planteada en los términos de ausencia de mecanismos para el control de las salidas no conformes, dado que se cuenta con lineamientos institucionales, actividades de seguimiento incorporadas en el Plan de Acción 2026 y mecanismos de registro y seguimiento asociados.

No obstante, se identifica una oportunidad para fortalecer la toma de conciencia y aplicación de los lineamientos establecidos para el control de las salidas no conformes, de manera que los responsables del proceso reconozcan oportunamente qué situaciones pueden constituir una salida no conforme, conozcan los criterios y mecanismos establecidos para su reporte y aseguren la correspondiente trazabilidad de su identificación, análisis y tratamiento cuando corresponda.

Por lo anterior, se retira la No Conformidad Real relacionada con la ausencia de criterios y registros para el control de las salidas no conformes en el proceso de Gestión Jurídica y se incorpora la situación como Oportunidad de Mejora, orientada a fortalecer la apropiación y aplicación de los lineamientos institucionales existentes. La situación identificada se incorpora como Oportunidad de Mejora No. 7, así:

Oportunidad de Mejora No. 7. FORTALECIMIENTO DE LA TOMA DE CONCIENCIA Y APLICACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS PARA EL CONTROL DE SALIDAS NO CONFORMES EN GESTIÓN JURÍDICA
Proceso: Gestión Jurídica

Criterios de referencia:
- ISO 9001:2015, numeral 7.3 – Toma de conciencia.
- ISO 9001:2015, numeral 8.7 – Control de las salidas no conformes.

Condición: Se evidenció que la Entidad dispone de lineamientos institucionales para el seguimiento de las actividades de control de los procesos y que el proceso de Gestión Jurídica incorporó en su Plan de Acción 2026 la actividad "21. Seguimiento a las actividades de control del Proceso de Gestión Jurídica", mediante la cual se realiza seguimiento a las actividades de control establecidas para el proceso, incluyendo aquellas relacionadas con el tratamiento y seguimiento de las salidas no conformes.

Así mismo, se evidenciaron mecanismos de seguimiento mediante informes y matrices asociados a la ejecución de dicha actividad.

No obstante, se identifica una oportunidad para fortalecer la toma de conciencia y apropiación de los responsables del proceso respecto de los lineamientos establecidos para el control de las salidas no conformes, particularmente en lo relacionado con el reconocimiento de las situaciones que puedan constituir una salida no conforme, los criterios para su determinación, su reporte y la trazabilidad de las acciones de identificación, análisis y tratamiento cuando corresponda.

2.3 SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL

a. ASPECTOS RELEVANTES

Aspecto Relevante No 01: GESTIÓN AMBIENTAL ORIENTADA A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE AGUA Y ENERGÍA.
Proceso: Gestión Administrativa

Requisitos: ISO 14001:2015, numerales 6.1.4, 6.2 y 7.1. Planificación de acciones, objetivos ambientales y planificación para lograrlos y recursos.

Se evidenció la implementación de acciones orientadas al uso eficiente de los recursos, particularmente mediante el aprovechamiento de aguas lluvias y medidas para la reducción del consumo de agua y energía, acompañadas de seguimiento a los resultados ambientales. Estas acciones contribuyen al fortalecimiento del desempeño ambiental institucional y a la incorporación de criterios de sostenibilidad en la gestión de los recursos.

Aspecto Relevante No 02: VERIFICACIÓN AMBIENTAL EN CAMPO A PROVEEDORES Y CONTRATISTAS
Proceso: Gestión Administrativa

Requisito: ISO 14001:2015, numeral 8.1 – Planificación y control operacional.

Se destaca la realización, durante junio de 2026, de una visita e inspección ambiental al contratista CARCO – Toyota, mediante la aplicación de la Matriz de Verificación

Ambiental para Talleres Contratistas de Mantenimiento Vehicular de la Presidencia. Esta práctica permite trasladar los controles ambientales del SIGEPRE al ámbito de los procesos desarrollados por proveedores y contratistas, fortaleciendo la verificación en campo de los requisitos ambientales y el control operacional sobre los servicios suministrados externamente.

Aspecto Relevante No 03: INCORPORACIÓN DE CRITERIOS DE BIODIVERSIDAD EN LAS INSPECCIONES AMBIENTALES
Proceso: Gestión Administrativa

Requisito: ISO 14001:2015, numerales 6.1.2 y 8.1.

Se destaca la incorporación de criterios relacionados con flora y fauna dentro de las listas de chequeo utilizadas para las inspecciones ambientales de las sedes de la Presidencia. Esta práctica amplía el alcance de la verificación de las condiciones ambientales de las instalaciones y permite incorporar elementos relacionados con la biodiversidad en el seguimiento del desempeño ambiental, fortaleciendo la gestión preventiva de los aspectos ambientales asociados a la operación institucional.

b. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de Mejora No. 1: FORTALECIMIENTO DE LA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACION DE LAS PARTES INTERESADAS AMBIENTALES
Proceso: Gestión Administrativa

Criterio: ISO 14001:2015, numeral 4.2. Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

Condición: Se evidenció que el documento *Comprensión de las partes interesadas SIGEPRE D-DE-22, versión 8*, identifica las partes interesadas pertinentes del Sistema de Gestión Ambiental; no obstante, se identificaron oportunidades para fortalecer su actualización y consistencia, relacionadas con la identificación mediante categorías o tipos de partes interesadas en lugar de nombres específicos de terceros, así como con la inclusión explícita de la ciudadanía y de entidades departamentales, nacionales e internacionales que tengan relación con las actividades, funciones o desempeño ambiental de la organización. De esta manera, se asegura que la información permanezca vigente ante cambios en proveedores o terceros y considere de forma integral sus necesidades y expectativas, reduciendo el riesgo de utilizar información desactualizada o de omitir actores pertinentes para la gestión ambiental.

Oportunidad de Mejora No. 2: FORTALECIMIENTO DEL CONTROL DEL INVENTARIO DE EQUIPOS CON REFRIGERANTES
Proceso: Gestión Administrativa

Criterio: ISO 14001:2015, numeral 8.1. Planificación y control operacional.

Condición: Se evidenció que la organización dispone de información relacionada con los equipos que contienen o utilizan gases rEFRigerantes; sin embargo, durante la revisión se identificó que la nevera Philips Polarix 0107401, ubicada en la Casa de la Mujer, no se encontraba incorporada en el inventario correspondiente. Se identifica la oportunidad de mantener actualizado y completo el inventario de equipos que contienen o utilizan rEFRigerantes, de manera que facilite el seguimiento de estos equipos, la planificación de su mantenimiento y la gestión de los rEFRigerantes durante su ciclo de vida, reduciendo el riesgo de pérdida de trazabilidad y de manejo inadecuado de equipos o sustancias asociadas.

Oportunidad de Mejora No. 3: FORTALECIMIENTO DEL SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO ENERGÉTICO E HÍDRICO
Proceso: Gestión Administrativa

Criterio: ISO 14001:2015, numeral 9.1.1. Seguimiento, medición, análisis y evaluación.

Condición: Se evidenció el seguimiento al consumo de agua y energía mediante los programas e indicadores ambientales establecidos; no obstante, se identificó la oportunidad de complementar la información de seguimiento con los consumos y aprovechamientos asociados a la generación fotovoltaica de los edificios Galán, Hato Grande y Cartagena, así como con iniciativas de eficiencia relacionadas con los nuevos equipos de cafetería y el aprovechamiento de aguas lluvias mediante los ekomuros. Se identifica la oportunidad de integrar estas iniciativas en la medición y análisis del desempeño energético e hídrico, de manera que los resultados obtenidos permitan valorar su contribución al desempeño ambiental, identificar nuevas oportunidades de eficiencia y reducir el riesgo de que inversiones o iniciativas implementadas no sean reflejadas adecuadamente en la evaluación del desempeño.

Oportunidad de Mejora No. 4: FORTALECIMIENTO DE LA ACTUALIZACIÓN DE REFERENCIAS NORMATIVAS EN EL CONTROL AMBIENTAL A CONTRATISTAS
Proceso: Gestión Administrativa

Criterio: ISO 14001:2015, numeral 8.1. Planificación y control operacional.

Condición: Se evidenció que la *Matriz de control y seguimiento al cumplimiento de las responsabilidades en relación con la gestión ambiental a contratistas externos F-GA-69, versión 8*, incorpora referencias a requisitos legales específicos. Se identifica la oportunidad de revisar la forma en que se incorporan estas referencias normativas, ya sea retirando las citas individuales o estableciendo una condición que contemple las modificaciones, adiciones, sustituciones o derogatorias que les sean aplicables, de manera que el instrumento conserve su vigencia frente a cambios normativos y se reduzca el riesgo de utilizar referencias desactualizadas en el seguimiento ambiental a contratistas. La situación está asociada en el consolidado al control operacional de proveedores y contratistas.

Oportunidad de Mejora No. 5: FORTALECIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO Y CONTROL DE RESIDUOS
Proceso: Gestión Administrativa

Criterio: ISO 14001:2015, numeral 8.1. Planificación y control operacional.

Condición: Se evidenciaron oportunidades para fortalecer las condiciones de identificación y señalización del área de almacenamiento de residuos peligrosos de la sede DAPRE y las condiciones de orden, limpieza y segregación observadas en el shut de basuras de la Casa de Nariño. Se identifica la oportunidad de fortalecer las condiciones de identificación, señalización, orden, limpieza y segregación de las áreas destinadas al manejo de residuos, de manera que se mantenga un control operacional consistente sobre estas actividades y se reduzca el riesgo de exposición de personas, mezcla o manejo inadecuado de residuos, contaminación y acceso no autorizado a residuos peligrosos.

Oportunidad de Mejora No. 6: FORTALECIMIENTO DEL CONTROL SOBRE ACTIVIDADES DE LAVADO Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS
Proceso: Gestión Administrativa

Criterio: ISO 14001:2015, numeral 8.1. Planificación y control operacional.

Condición: Se evidenciaron elementos que podrían estar relacionados con actividades de lavado y mantenimiento menor de vehículos y motocicletas en el área del cárcamo, actualmente reportada como deshabilitada, entre ellos presencia de agua en rejillas, envases de productos para vehículos, aceite lubricante usado y una llanta. Se identifica la oportunidad de verificar el uso actual del área y definir, según corresponda, los controles ambientales aplicables a las actividades que allí se desarrollen, de manera que exista claridad sobre las condiciones operacionales autorizadas y el manejo de aguas residuales, aceites y residuos generados, reduciendo el riesgo de contaminación

del suelo o del sistema de alcantarillado y de gestión inadecuada de residuos y sustancias contaminantes.

c. NO CONFORMIDADES

No Conformidad Real No. 1. COMPETENCIA PARA LA RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL
Proceso asociado: Gestión Administrativa

Criterio: ISO 14001:2015, numeral 7.2 – Competencia.

Condición: Se evidenció que el actual Coordinador del Grupo de Servicios Generales y Gestión Ambiental no cuenta con la educación, formación y experiencia en gestión ambiental requerida para el perfil definido en la Resolución 760 de 2021, registrándose aproximadamente cinco meses de experiencia frente a los requisitos establecidos para el cargo. Lo anterior evidencia una desviación frente a la determinación y aseguramiento de la competencia necesaria para desempeñar las funciones relacionadas con el SGA.

2.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

a. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de Mejora No. 1: INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN DEL SG-SST Y EL PESV
Proceso: Talento Humano

Criterio: ISO 45001:2018, numerales 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades, y 8.1. Planificación y control operacional.

Condición: Se evidenció que la organización cuenta con elementos de gestión asociados al SG-SST y al PESV, entre ellos identificación y valoración de riesgos, definición de controles, capacitación, inspecciones, investigación de incidentes, indicadores y seguimiento a acciones de mejora. Se identifica la oportunidad de fortalecer la articulación de los procesos, controles y mecanismos de seguimiento que resultan comunes a ambos sistemas, de manera que su gestión coordinada permita evitar duplicidad de actividades, optimizar recursos y facilitar el seguimiento integral de los resultados, reduciendo el riesgo de gestionar de manera fragmentada peligros y factores asociados a la seguridad y salud en el trabajo y a la seguridad vial.

Oportunidad de Mejora No. 2: FORTALECIMIENTO DEL ANÁLISIS DE ESCENARIOS Y DE LA RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS
Proceso: Talento Humano

Criterio: ISO 45001:2018, numeral 8.2. Preparación y respuesta ante emergencias.

Condición: Se evidenció que la organización cuenta con un procedimiento para la prevención, preparación y respuesta ante emergencias y con análisis de amenazas y vulnerabilidad; no obstante, se identifica la oportunidad de fortalecer la valoración de escenarios de emergencia que pueden presentarse de acuerdo con las características de la organización y su entorno actual, tales como la interrupción del suministro de energía eléctrica, la caída de aeronaves o helicópteros y la ocurrencia de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), entre otros eventos que resulten aplicables. De la misma manera, determinar la actuación de la brigada frente a áreas de acceso restringido o seguridad especial, definiendo previamente autorizaciones y mecanismos alternativos de verificación y respuesta, de manera que se fortalezca la preparación institucional y se reduzca el riesgo de exponer a los brigadistas a condiciones no controladas o de limitar la capacidad de respuesta ante escenarios no suficientemente cubiertos.

Oportunidad de Mejora No. 3: FORTALECIMIENTO DEL SEGUIMIENTO A LA SUFICIENCIA DE RECURSOS DEL SG-SST
Proceso: Talento Humano

Criterio: ISO 45001:2018, numeral 7.1. Recursos.

Condición: Se evidenció que la entidad cuenta con presupuesto asignado para la realización de exámenes médicos ocupacionales y que, durante la vigencia, se ha ejecutado más del 50 % de los recursos disponibles. Considerando las actividades pendientes y las necesidades que puedan surgir durante la vigencia, se identifica la oportunidad de fortalecer el seguimiento periódico a la suficiencia de los recursos presupuestales destinados a las actividades de medicina preventiva y del trabajo, de manera que se puedan anticipar oportunamente eventuales necesidades de ajuste y reducir el riesgo de insuficiencia presupuestal para atender las actividades programadas o requeridas para la población trabajadora.

c. NO CONFORMIDADES

No Conformidad Real No. 1. DEFICIENCIAS EN LA FORMULACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL SG-SST
Proceso asociado: Talento Humano

Criterio(s):

- ISO 45001:2018, numeral 6.2.1 – Objetivos de SST.
- ISO 45001:2018, numeral 6.2.2 – Planificación para lograr los objetivos.
- Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.18.

Condición: En la revisión de los objetivos del SG-SST para 2026 se evidenciaron objetivos relacionados con la gestión preventiva de los riesgos laborales y la preparación y respuesta ante emergencias. Sin embargo, los objetivos no se encuentran formulados de manera suficientemente medible y no cuentan con indicadores definidos que permitan evaluar objetivamente su cumplimiento.

La situación fue igualmente identificada en el informe individual de SST, en el cual se señala que los objetivos no cuentan con mediciones, metas e indicadores y que no se encuentran suficientemente alineados con la política de SST.

Lo anterior incumple los requisitos relacionados con la definición, medición y planificación de los objetivos del SG-SST.

No Conformidad Real No. 2. INCUMPLIMIENTOS EN LA AUTOEVALUACIÓN Y REPORTE DE ESTÁNDARES MÍNIMOS DEL SG-SST
Proceso asociado: Talento Humano

Criterio: Resolución 0312 de 2019, requisitos aplicables a la autoevaluación y reporte de estándares mínimos.

Condición: En la revisión de la autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST se evidenció que la autoevaluación correspondiente a 2025 no cuenta con la firma del empleador, registrándose únicamente la firma del responsable del SG-SST.

Adicionalmente, el reporte del porcentaje de cumplimiento de los estándares mínimos correspondiente a 2025 fue realizado a la ARL el 19 de enero de 2026, cuando debía realizarse dentro del plazo establecido para la vigencia 2025 correspondiente al 31 de diciembre de 2025.

Lo anterior evidencia incumplimiento de requisitos aplicables a la autoevaluación y reporte de estándares mínimos.

2.5 SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

a. ASPECTOS RELEVANTES

Aspecto Relevante No 01: CONTROL DE ACCESO FÍSICO A ÁREAS CON INFORMACIÓN O ACTIVOS SENSIBLES

Proceso: Gestión de Seguridad, Apoyo Logístico Presidencial, Comunicación y Prensa

Requisito: ISO/IEC 27001:2022, control 7.6. Trabajar en áreas seguras.

Se evidenció la implementación de controles de acceso físico a áreas que requieren protección, mediante mecanismos como reconocimiento facial, controles biométricos, registro de visitantes y equipos, y vigilancia mediante circuito cerrado de televisión. Esta infraestructura de control contribuye a restringir el acceso no autorizado y a fortalecer la protección de los activos de información y demás activos asociados a la seguridad institucional.

b. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de Mejora No. 1: FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNANZA Y RESPONSABILIDADES DEL SGSI
Proceso: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio: ISO/IEC 27001:2022, numeral 5.3. Roles, responsabilidades y autoridades organizacionales.

Condición: Se evidenció la existencia de una estructura para la gestión del SGSI; no obstante, se identifica la oportunidad de formalizar un rol o instancia con autoridad y funciones claramente definidas para velar por el cumplimiento, eficacia y mejora continua del SGSI, de manera que se fortalezca la gobernanza, la responsabilidad sobre las decisiones de seguridad de la información y el seguimiento sistemático de las brechas y acciones de mejora, reduciendo el riesgo de dispersión de responsabilidades o de pérdida de continuidad en la gestión del sistema.

Oportunidad de Mejora No. 2: FORTALECIMIENTO DE LA TRAZABILIDAD DEL ANÁLISIS DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
Proceso: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio: ISO/IEC 27001:2022, numeral 6.1.2. Evaluación de riesgos de seguridad de la información.

Condición: Se evidenció que la organización cuenta con una metodología para la evaluación de riesgos de seguridad de la información; no obstante, se identifica la oportunidad de fortalecer la descripción de las amenazas específicas que sustentan la selección de controles y de las consecuencias asociadas a su materialización, de manera que exista mayor trazabilidad entre amenaza, riesgo, control y decisión de tratamiento y se facilite la comprensión y aceptación de los riesgos por parte de sus responsables.

Oportunidad de Mejora No. 3: FORTALECIMIENTO DE LAS PRUEBAS DE CONTINUIDAD Y REDUNDANCIA DE LOS SERVICIOS TIC
Proceso: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio: ISO/IEC 27001:2022, controles A.5.30. Preparación de las TIC para la continuidad del negocio y A.8.14. Redundancia de las instalaciones de procesamiento de información.

Condición: Se evidenció la existencia de estrategias de continuidad y servicios auxiliares de redundancia; no obstante, se identifica la oportunidad de planificar y ejecutar periódicamente pruebas verificables bajo diferentes escenarios de contingencia tale como fallas de red, indisponibilidad de servidores, pérdida de datos, etc.; y sobre los servicios auxiliares de redundancia; documentando sus resultados, de manera que se pueda validar el funcionamiento efectivo de las estrategias implementadas y establecer ajustes cuando corresponda, reduciendo el riesgo de que una contingencia real evidencie fallas no detectadas previamente en los mecanismos de continuidad.

Oportunidad de Mejora No. 4: FORTALECIMIENTO DEL BORRADO SEGURO EN LA DEVOLUCIÓN Y REASIGNACIÓN DE EQUIPOS
Proceso: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio: ISO/IEC 27001:2022, control A.8.10. Eliminación de información.

Condición: Se evidenció la existencia de prácticas para la gestión de equipos; no obstante, se identifica la oportunidad de ampliar y formalizar el procedimiento de borrado seguro para que sea aplicado y documentado en todos los casos de devolución de equipos, incluso cuando estos sean posteriormente reasignados, de manera que se asegure la eliminación de datos y perfiles anteriores y la trazabilidad de la actividad, reduciendo el riesgo de acceso posterior a información residual de usuarios o de la entidad.

Oportunidad de Mejora No. 5: FORTALECIMIENTO DE LA PROTECCIÓN FÍSICA DE INFORMACIÓN CRÍTICA
Proceso: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio: ISO/IEC 27001:2022, control A.7.5. Protección contra amenazas físicas y ambientales.

Condición: Se evidenció que la información correspondiente a historias laborales se encuentra custodiada en una bodega de archivo y, considerando su importancia y las consecuencias que podría generar un evento de incendio, se identifica la oportunidad de fortalecer los mecanismos de detección temprana de eventos de incendio en dicha área, de manera que se incremente la capacidad de respuesta ante eventos físicos y se reduzca el riesgo de pérdida o deterioro de información crítica.

Oportunidad de Mejora No. 6: FORTALECIMIENTO DE LOS CONTROLES SOBRE EL MANEJO DE CREDENCIALES
Proceso: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio: ISO/IEC 27001:2022, control A.5.17. Información de autenticación.

Condición: Se identifica la oportunidad de fortalecer las medidas de seguridad relacionadas con el almacenamiento automático de credenciales en aplicativos críticos, complementándolas con mecanismos de autenticación segura, de manera que se reduzca el riesgo de exposición o uso no autorizado de información de autenticación y se fortalezca la protección de los accesos a servicios críticos.

Oportunidad de Mejora No. 7: FORTALECIMIENTO DEL MONITOREO DE CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE PROCESAMIENTO
Proceso: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio: ISO/IEC 27001:2022, control A.8.6. Gestión de la capacidad.

Condición: Se evidenció la disponibilidad de herramientas de monitoreo técnico de los servicios de procesamiento; se identifica la oportunidad de fortalecer el seguimiento mediante la definición de límites de ocupación y criterios de alerta para recursos como CPU, memoria, almacenamiento y red, de manera que permita anticipar situaciones de sobrecarga y evaluar oportunamente la suficiencia de la capacidad instalada y de la redundancia disponible, reduciendo el riesgo de indisponibilidad o degradación de servicios críticos.

c. NO CONFORMIDADES

No Conformidad Real No. 1. FALTA DE EVIDENCIA DE ACEPTACIÓN FORMAL DE LOS RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):

- ISO/IEC 27001:2022, numeral 6.1.1 – Acciones para abordar riesgos y oportunidades.
- ISO/IEC 27001:2022, numeral 6.1.2 – Evaluación y tratamiento de riesgos.

Condición: En la revisión de la metodología y documentación de riesgos de seguridad de la información se evidenció la identificación y valoración de riesgos, controles y planes asociados. Sin embargo, no se evidenció la aceptación formal del riesgo por parte de los propietarios de los activos de información, para el riesgo revisado.

Lo anterior evidencia una desviación frente al proceso definido para el tratamiento y aceptación de los riesgos de seguridad de la información.

No Conformidad Real No. 2. DEFICIENCIAS EN EL INVENTARIO Y CONTROL DE ACCESO A ACTIVOS E INFORMACIÓN
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 5.9 – Inventario de información y otros activos.
- ISO/IEC 27001:2022, control 5.15 – Control de acceso.
- ISO/IEC 27001:2022, control 5.18 – Derechos de acceso.
- ISO/IEC 27001:2022, control 8.3 – Restricción de acceso a la información.

Condición: En las muestras revisadas se identificaron deficiencias en la actualización y control de los activos y derechos de acceso, en particular:

- No se evidenció acceso al aplicativo SIGEPRE y ESCRIBE desde el equipo de la Jefe de la Oficina de Control Interno, según la condición registrada.

- Se identificaron carpetas compartidas con accesos que permanecían habilitados para personas trasladadas a otras áreas.

- En Gestión Documental se evidenció acceso no restringido a la carpeta de una funcionaria retirada de la entidad.

- Para un caso de retiro se evidenció falta de claridad sobre el traslado de la cuenta de ESCRIBE.

- Se observó acceso a memoria USB en uno de los equipos de la Oficina de Control Interno.

Estas situaciones evidencian desviaciones en la gestión del inventario, derechos de acceso y restricciones de acceso a la información.

No Conformidad Real No. 3. DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN Y FILTRADO WEB
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 5.14 – Control de transferencia de información.
- ISO/IEC 27001:2022, control 8.23 – Control de filtrado.

Condición: En las pruebas realizadas en diferentes dependencias se evidenció que es posible transferir información mediante servicios externos como WeTransfer e iLovePDF, desde equipos institucionales.

La situación fue observada en muestras de la Oficina de Control Interno, Área de Contratos, Grupo de Gestión Documental y Área Financiera, entre otras. También se evidenció navegación hacia servicios externos de transferencia de información desde equipos institucionales.

Adicionalmente, la revisión del SGSI evidenció que determinadas restricciones de navegación no se encuentran implementadas de manera consistente en las muestras seleccionadas.

Lo anterior evidencia desviaciones en los controles establecidos para proteger la información durante su transferencia y reducir la exposición derivada del acceso a sitios web externos.

No Conformidad Real No. 4. INCUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE ESCRITORIO Y PANTALLA LIMPIA
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 7.7 – Limpieza de escritorio y pantalla.

Condición: En diferentes muestras se evidenció incumplimiento de la política institucional de escritorio y pantalla limpios. En particular:

- En el equipo asignado a uno de los profesionales de la Oficina de Control Interno se evidenció incumplimiento de la política de escritorio limpio.

- En el Grupo de Correspondencia se encontró una carpeta con archivos visibles en el escritorio del equipo del coordinador.

- En Talento Humano se observaron carpetas en el escritorio del equipo asignado a la Coordinadora de Historias Laborales.

Las situaciones evidenciadas demuestran que, aunque existe una política y mecanismos como el bloqueo automático de equipos, su aplicación no es consistente en las áreas verificadas.

No Conformidad Real No. 5. DEFICIENCIAS EN LA PROTECCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE PUNTO FINAL Y CONTRA MALWARE
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 8.1 – Control de dispositivos de punto final de usuario.
- ISO/IEC 27001:2022, control 8.7 – Protección contra malware.

Condición: En las muestras realizadas en diferentes dependencias de la entidad se evidenció que la solución TREND MICRO no se encontraba vigente o activa en determinados equipos.

La situación fue identificada en equipos de la Oficina de Control Interno y, adicionalmente, en muestras correspondientes al Grupo Gestión Documental, Área de Contratos y de la Jefatura para la Protección Presidencial, específicamente el equipo del responsable del monitoreo del CCTV en la Casa de Nariño.

En algunos equipos se evidenció la ausencia de protección activa y de actualizaciones de seguridad, así como ausencia de monitoreo centralizado que permita confirmar el estado de los endpoints.

Lo anterior evidencia una desviación frente a los controles establecidos para proteger los dispositivos de punto final y prevenir la exposición a software malicioso.

No Conformidad Real No. 6. DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE VULNERABILIDADES TÉCNICAS
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 8.8 – Gestión de vulnerabilidades técnicas.

Condición: No se evidenció documentación que demostrara la ejecución de pruebas de vulnerabilidad técnica a los sistemas de información de la entidad, de acuerdo con la verificación realizada durante la auditoría.

La ausencia de evidencia de estas pruebas impide demostrar que las vulnerabilidades técnicas son identificadas, evaluadas y gestionadas oportunamente conforme al control establecido para el SGSI.

No Conformidad Real No. 7. DEFICIENCIAS EN LA GESTIÓN DE INCIDENTES Y ARTICULACIÓN CON EL CSIRT
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 5.26 – Respuesta a incidentes.
- ISO/IEC 27001:2022, control 5.27 – Aprendizaje de incidentes, cuando corresponda.

Condición: Durante la auditoría se evidenció la existencia de alertas y lecciones aprendidas provenientes del CSIRT y se identificaron reportes de incidentes de seguridad. Sin embargo, se encontraron diferencias entre la información reportada por el personal de TIC y la información suministrada por el proceso de Apoyo Logístico y Comunicaciones respecto de la ocurrencia de incidentes.

Asimismo, para algunos incidentes revisados no se evidenció de manera suficiente la formalización de la retroalimentación de las acciones adoptadas por TIC frente a los incidentes reportados.

Lo anterior evidencia una desviación en la gestión y trazabilidad de la respuesta a incidentes de seguridad de la información.

No Conformidad Real No. 8. FALTA DE EVIDENCIA DE PRUEBAS PERIÓDICAS DE LOS SERVICIOS DE REDUNDANCIA
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 7.11 – Control de servicios auxiliares.

Condición: Se evidenció que la infraestructura institucional cuenta con mecanismos de respaldo y redundancia, entre ellos canales de intranet, plantas eléctricas y UPS. Sin embargo, no se evidenció de manera suficiente la ejecución periódica de pruebas verificables sobre estos mecanismos de redundancia ni los resultados documentados de dichas pruebas.

La condición limita la evidencia disponible sobre la capacidad de los servicios auxiliares para responder ante interrupciones y mantener la disponibilidad requerida.

No Conformidad Real No. 9. DEFICIENCIAS EN EL CONTROL DE SEGURIDAD DEL CABLEADO Y PUNTOS DE RED
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 7.12 – Control de seguridad del cableado.

Condición: Durante el recorrido realizado el 2 de septiembre de 2026 se observaron puntos de red sin identificación y activos, previamente asignados a funcionarios retirados o trasladados, en la oficina del Fondo de Programas Especiales para la Paz.

La condición evidencia falta de control sobre puntos de red que permanecen activos y sin identificación suficiente, generando una desviación frente al control establecido para la seguridad del cableado y los puntos de conexión de la infraestructura institucional.

No Conformidad Real No. 10. DEFICIENCIAS EN EL CICLO DE VIDA DE DESARROLLO SEGURO, SEGREGACIÓN DE FUNCIONES Y PRUEBAS
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 8.25 – Ciclo de vida de desarrollo seguro.
- Control 8.26 – Requisitos de seguridad de la aplicación.
- Control 8.27 – Arquitectura del sistema seguro y principios de ingeniería.
- Control 8.28 – Control de codificación segura.
- Control 8.29 – Pruebas de seguridad en desarrollo y control de aceptación.
- Control 8.30 – Control de desarrollo subcontratado.
- Control 8.32 – Control de gestión de cambios.
- Control 8.33 – Información de prueba.
- Control 8.34 – Protección de los sistemas durante las pruebas de auditoría.

Condición: En la revisión de desarrollos asociados, entre otros, a la publicación de hojas de vida y a la aplicación de comisiones al exterior, se evidenciaron varias desviaciones frente al ciclo de vida de desarrollo definido por la entidad. En particular:

- No se evidencia una adecuada segregación entre las funciones de desarrollo y validación.

- No se cuenta con un ambiente de QA para validación independiente.

- No se evidenció el uso de todos los registros definidos en el Procedimiento de Desarrollo de Software (P-TI-26 Versión 6).

- No se evidenció la aplicación del Instructivo de Buenas Prácticas de Desarrollo de Software L-TI-14 en la muestra revisada.

- No se tuvo acceso a evidencias suficientes de las pruebas realizadas.

- No se evidenció de manera suficiente el control formal de cambios.

- En desarrollo subcontratado se identificó igualmente ausencia de segregación de funciones entre desarrollo y validación.

En conjunto, estas situaciones evidencian desviaciones en la aplicación del ciclo de vida de desarrollo seguro, control de cambios, pruebas, segregación de funciones y trazabilidad documental de los desarrollos.

No Conformidad Real No. 11. INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES SOBRE INSTALACIÓN DE SOFTWARE EN EQUIPOS DE USUARIO
Proceso asociado: Tecnología de Información y Comunicaciones

Criterio(s):
- ISO/IEC 27001:2022, control 8.19 – Instalación de software en sistemas operativos.

Condición: En la muestra realizada en equipos de la Oficina de Control Interno se evidenció la posibilidad de descargar software como WhatsApp, situación que no se encuentra alineada con las políticas de uso de activos y los controles definidos para la instalación de software en sistemas operativos.

La condición demuestra que los controles establecidos para restringir la instalación o descarga de software no se aplican de manera consistente en todos los equipos revisados.

2.6 MODELO EMPRESA FAMILIARMENTE RESPONSABLE – EFR

a. ASPECTOS RELEVANTES

Aspecto Relevante No 01. MARCO INSTITUCIONAL Y GOBERNANZA DOCUMENTADA DEL MODELO EFR
Proceso: Talento Humano – Modelo EFR

Requisito: Norma EFR 1000-1, edición 6 – elementos relacionados con liderazgo y cultura, orientación estratégica y gobernanza del modelo.

Se destaca que el Modelo EFR cuenta con un marco institucional documentado y actualizado para orientar su implementación y continuidad, soportado, entre otros instrumentos, en la Resolución 0881 de 2023, la actualización de la conformación del equipo EFR mediante la Resolución 1265 de 2025 y los documentos internos M-TH-05 y L-TH-20 en versión 3. Esta estructura proporciona una base formal para la gobernanza del modelo y contribuye a su continuidad y trazabilidad dentro del SIGEPRE, particularmente frente a los cambios organizacionales.

Aspecto Relevante No 02. GESTIÓN TRAZABLE DE LOS PLANES Y OBJETIVOS DE MEJORA DEL MODELO EFR
Proceso: Talento Humano – Modelo EFR

Requisito: Norma EFR 1000-1, edición 6 – elementos 4, 9, 10 y 11, según corresponda.

Se destaca la gestión estructurada y trazable de las oportunidades de mejora derivadas de la auditoría externa de ICONTEC de noviembre de 2025, mediante su registro y seguimiento en el aplicativo de SIGEPRE, con responsables, fechas límite y etapas definidas para su gestión. Asimismo, se evidenció la formalización y ejecución de los objetivos de mejora EFR correspondientes a la vigencia 2026. Esta práctica fortalece el ciclo de mejoramiento del SIGEPRE al permitir realizar seguimiento a compromisos, responsables y resultados asociados al desarrollo del modelo.

Aspecto Relevante No 03. ESTRATEGIA MULTICANAL PARA LA DIVULGACIÓN DEL MODELO EFR
Proceso: Talento Humano – Modelo EFR

Requisito: Norma EFR 1000-1, edición 6 – elemento 6: comunicación interna y externa.

Se destaca que el Modelo EFR dispone de diferentes mecanismos para su divulgación, incluyendo un espacio especializado en la intranet institucional, publicación de información del modelo en el sitio web y el uso articulado de correo masivo, intranet, bloqueo de pantalla y el boletín digital "Entérate", que incluye una sección permanente sobre el modelo. Esta estrategia multicanal favorece la disponibilidad y visibilidad de la información relacionada con el modelo y contribuye a fortalecer su comunicación dentro de la Entidad.

Aspecto Relevante No 04. FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN ESPECIALIZADA EN EL MODELO EFR
Proceso: Talento Humano – Modelo EFR

Requisito: Norma EFR 1000-1, edición 6 – elemento 7: formación y sensibilización.

Se destaca el desarrollo de actividades de formación y sensibilización relacionadas con el Modelo EFR, incluyendo la formación dirigida a 44 líderes, la certificación de integrantes del equipo EFR mediante el curso "Manager en Gestión de la Conciliación", la formación sobre el Modelo de Gestión EFR con participación de 30 personas y la programación de actividades de mejora continua para 2026. Estas acciones contribuyen al desarrollo de las capacidades requeridas para la gestión del modelo y fortalecen los mecanismos de formación que soportan su implementación dentro del SIGEPRE.

b. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de Mejora No. 1: FORTALECIMIENTO DEL LIDERAZGO Y LA GOBERNANZA DEL MODELO EFR
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elemento 1: Liderazgo y cultura.

Condición: Se evidenció que el Modelo EFR cuenta con estructura documental y responsables definidos, y que se encuentra en preparación la actualización del compromiso de la Alta Dirección frente a los cambios recientes de liderazgo. No obstante, también se identificó la necesidad de fortalecer la formalización de los roles de dirección y gestión del modelo y la comunicación de sus responsabilidades a quienes participan en su gestión; actualizando los compromisos, roles y responsabilidades asociados al liderazgo y gobernanza del Modelo EFR, incluyendo la sensibilización de los nuevos responsables de la dirección de la Entidad, de manera que se preserve la continuidad y apropiación del modelo ante cambios institucionales y se reduzca el riesgo de pérdida de liderazgo, trazabilidad o apropiación frente al proceso de recertificación.

Oportunidad de Mejora No. 2: FORMALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DEL CANAL INTERNO EFR
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elemento 3: Medidas.

Condición: Se evidenció que el Modelo EFR dispone de mecanismos para la gestión y trazabilidad de sus medidas; no obstante, se identifica la oportunidad de formalizar el procedimiento o instructivo para la administración del canal interno EFR, definiendo responsables, roles, tiempos de respuesta y metodología para la gestión y proyección de medidas, de manera que se fortalezca la trazabilidad y homogeneidad de las actuaciones y se reduzca el riesgo de respuestas o decisiones no consistentes frente a las solicitudes relacionadas con las medidas EFR.

Oportunidad de Mejora No. 3: FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN INTEGRAL DE LAS MEDIDAS EFR
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elemento 3: Medidas.

Condición: Se evidenció que se encuentran en ejecución acciones para actualizar el catálogo y la matriz de medidas EFR, así como para revisar su eficacia; adicionalmente, el análisis realizado identificó aspectos susceptibles de fortalecimiento relacionados con la clasificación, descripción, frecuencia y estimación económica de algunas medidas. Se identifica la oportunidad de integrar en la gestión de las medidas EFR los criterios de clasificación, descripción, frecuencia, presupuesto, seguimiento y cierre de las acciones de actualización, de manera que se fortalezca la consistencia y trazabilidad del catálogo y de la matriz y se reduzca el riesgo de presentar información que no refleje de manera suficiente las características, alcance o inversión asociada a las medidas ante el proceso de recertificación.

Oportunidad de Mejora No. 4: FORTALECIMIENTO DE LA APROPIACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LAS MEDIDAS EFR
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elementos 6: Comunicación interna/externa y 7: Formación y sensibilización.

Condición: Se evidenció, a partir de la encuesta aplicada a 57 personas, que el 36,9 % manifestó no tener claridad sobre qué son las medidas EFR o conocerlas únicamente de manera parcial, y que entre las razones para no utilizarlas se encuentra el desconocimiento sobre cómo acceder a ellas. Se identifica la oportunidad de fortalecer los mecanismos de comunicación, divulgación, formación y orientación sobre las medidas EFR, articulándolos con las necesidades identificadas en las mediciones de conocimiento y utilización, de manera que se facilite su comprensión y uso efectivo y se reduzca el riesgo de que las medidas existentes no sean conocidas o utilizadas por sus potenciales beneficiarios.

Oportunidad de Mejora No. 5: ARTICULACIÓN DE LAS MEDIDAS EFR EN LA TOMA DE DECISIONES INSTITUCIONALES
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elemento 2: Orientación estratégica y Elemento 3: Medidas.

Condición: Se evidenció la necesidad de fortalecer la apropiación del Modelo EFR en las instancias institucionales donde se analizan, negocian, modifican o adoptan decisiones relacionadas con la gestión del talento humano. Se identifica la oportunidad de incorporar de manera sistemática la consideración de las medidas EFR en dichos espacios y diferenciar aquellas que corresponden a obligaciones legales de aquellas que constituyen beneficios adicionales propios del modelo, de manera que se preserve su integralidad y sostenibilidad y se reduzca el riesgo de que decisiones institucionales puedan afectar, modificar o desnaturalizar medidas EFR sin considerar previamente sus implicaciones.

Oportunidad de Mejora No. 6: FORTALECIMIENTO DE LA APROBACIÓN Y TRAZABILIDAD DE LOS OBJETIVOS DE MEJORA EFR
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elemento 4: Objetivos de mejora.

Condición: Se evidenció que los objetivos de mejora EFR para 2026 se encuentran definidos y en ejecución; no obstante, no se identificó el soporte de aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en los términos señalados por la Resolución 0881 de 2023. Se identifica la oportunidad de fortalecer la trazabilidad documental de la aprobación y seguimiento de los objetivos de mejora, de manera que exista evidencia suficiente de las decisiones de la instancia de dirección y se reduzca el riesgo de pérdida de trazabilidad sobre la gobernanza y validación institucional de los objetivos del modelo.

Oportunidad de Mejora No. 7: FORTALECIMIENTO DE LA TRAZABILIDAD DE LA MEDICIÓN DEL MODELO EFR
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elemento 9: Seguimiento y medición.

Condición: Se evidenció que la matriz de seguimiento contempla la medición histórica de indicadores del Modelo EFR; no obstante, el informe identifica que no se encontraba disponible el reporte correspondiente a la medición 2025 asociada a una oportunidad

de mejora del ciclo anterior. Se identifica la oportunidad de completar y mantener la trazabilidad histórica de los indicadores, incluyendo sus mediciones, análisis y resultados por vigencia, de manera que se facilite la evaluación de tendencias y evolución del modelo y se reduzca el riesgo de no contar con evidencia suficiente para demostrar el desempeño y mejora del Modelo EFR durante el proceso de recertificación.

Oportunidad de Mejora No. 8: ACTUALIZACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL PLAN DE COMUNICACIONES EFR
Proceso: Gestión del Talento Humano – Modelo EFR

Criterio: Norma EFR 1000-1, edición 6 – Elemento 6: Comunicación interna/externa.

Condición: Se evidenció que la entidad dispone de diferentes canales para la divulgación del Modelo EFR; sin embargo, el Plan de Comunicación identificado corresponde a una versión de 2023. Se identifica la oportunidad de actualizar y fortalecer el plan de comunicaciones, articulándolo con las necesidades actuales de conocimiento, apropiación y cultura EFR identificadas mediante las mediciones realizadas, de manera que los canales existentes respondan a una estrategia integral y se reduzca el riesgo de que la comunicación del modelo se limite a la difusión de información sin generar suficiente apropiación de sus principios y medidas.

3. RESULTADOS DE AUDITORÍA

Con base en los objetivos definidos para la auditoría interna y en la evidencia revisada durante su desarrollo, se concluye que el SIGEPRE se encuentra implementado y cuenta con una estructura documental, metodológica y operativa que permite orientar la gestión institucional bajo un enfoque de procesos, riesgos, seguimiento y mejoramiento, con aplicación de los requisitos de ISO 9001:2015, ISO 14001:2015, ISO 45001:2018, ISO/IEC 27001:2022 y del modelo EFR, de acuerdo con el alcance establecido para cada proceso y sistema.

La auditoría permitió evidenciar prácticas institucionales que aportan valor al funcionamiento del SIGEPRE, entre ellas la aplicación de un enfoque de auditoría basado en riesgos, la existencia de controles de acceso y protección de información y activos, la incorporación de la gestión ambiental en diferentes actividades institucionales, la verificación ambiental a proveedores y contratistas, la protección y transferencia controlada de información documental, así como la existencia de un marco formal de gobernanza y mecanismos de seguimiento y mejora del modelo EFR. Estas prácticas muestran que el Sistema no se limita al cumplimiento documental, sino que dispone de mecanismos que apoyan la operación y el seguimiento institucional.

De manera particular, en el Sistema de Gestión Ambiental se identificaron prácticas relacionadas con la eficiencia en el consumo de recursos, la integración de aspectos ambientales en la planificación, la formación y comunicación ambiental, la priorización del mantenimiento a partir de inspecciones, la articulación de partes interesadas y requisitos ambientales y la verificación de condiciones ambientales de contratistas. En el modelo EFR se evidenció una estructura institucional formalizada, planes y objetivos de mejora trazables, mecanismos de comunicación multicanal y actividades de formación y sensibilización. Estos elementos contribuyen a mantener integrados dentro del SIGEPRE componentes ambientales, de gestión de personas y de mejoramiento institucional.

No obstante, los resultados también evidenciaron brechas que requieren tratamiento dentro del ciclo de mejora del SIGEPRE, particularmente en aspectos relacionados la aplicación de controles ambientales y SST, preparación y respuesta ante emergencias, evaluación del cumplimiento legal, eficacia y cierre de acciones correctivas, y diferentes controles asociados al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información. En este último componente se identificaron situaciones relacionadas, entre otras, con aceptación de riesgos, gestión de activos y accesos, protección de equipos, vulnerabilidades técnicas, gestión de incidentes, redundancia, cableado, desarrollo seguro e instalación de software. Estas situaciones evidencian que la existencia de procedimientos, controles o mecanismos formales no siempre se encuentra acompañada de un nivel equivalente de implementación, seguimiento o demostración de eficacia.

Un aspecto transversal de especial relevancia corresponde al tratamiento de las acciones de mejora y la demostración de su eficacia. La auditoría identificó la necesidad de fortalecer la trazabilidad entre las situaciones detectadas, las acciones implementadas, su cierre y la verificación de que estas hayan eliminado o controlado efectivamente las causas de las desviaciones. Este elemento resulta determinante para evitar la recurrencia de hallazgos y para que los resultados de auditorías, evaluaciones y demás mecanismos de seguimiento se conviertan efectivamente en entradas para la mejora del SIGEPRE.

Asimismo, los resultados muestran oportunidades para fortalecer la calidad del seguimiento, medición, análisis y evaluación del desempeño. Si bien los procesos y sistemas disponen de indicadores y mecanismos de seguimiento, la auditoría permitió identificar la conveniencia de continuar fortaleciendo su formulación, consistencia, trazabilidad y capacidad para generar información útil para la toma de decisiones. Esto es especialmente relevante en un sistema integrado, en el cual los resultados de los indicadores deben permitir no solamente reportar cumplimiento, sino identificar oportunamente desviaciones, riesgos y necesidades de intervención.

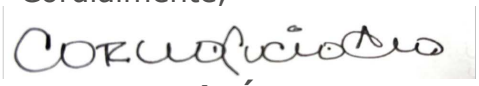
En términos de gestión institucional, los resultados permiten señalar que el SIGEPRE dispone de una base estructurada para cumplir su función de articulación de los

diferentes sistemas de gestión, pero presenta diferencias en el nivel de madurez y consolidación de algunos de sus componentes. Mientras determinadas prácticas muestran un nivel importante de formalización y trazabilidad, otras requieren fortalecer su implementación efectiva, la gestión de riesgos, el cumplimiento de requisitos aplicables, los controles operacionales y la evidencia de eficacia.

En consecuencia, el principal reto identificado no se concentra únicamente en mantener la estructura documental del SIGEPRE, sino en asegurar la efectiva apropiación, implementación, seguimiento y mejora de los controles y mecanismos establecidos. La atención oportuna de las no conformidades identificadas, junto con el tratamiento de las oportunidades de mejora y el fortalecimiento del análisis de resultados, permitirá consolidar la capacidad del Sistema para anticipar riesgos, prevenir recurrencias, mejorar el desempeño de los procesos y proporcionar información confiable para la toma de decisiones institucionales.

Finalmente, considerando el objetivo de la auditoría de evaluar el grado de implementación y desempeño del SIGEPRE frente a los criterios aplicables y bajo un enfoque basado en riesgos, los resultados obtenidos proporcionan a la Entidad elementos objetivos para orientar su ciclo de mejoramiento, priorizando aquellas situaciones que pueden afectar el cumplimiento de requisitos, la eficacia de los controles, la continuidad y seguridad de la información, el desempeño ambiental, la seguridad y salud en el trabajo y la capacidad institucional para alcanzar sus objetivos.

Cordialmente,



Norma Lucía Ávila Quintero
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Paola Flórez Gutiérrez / Auditor Líder Contratista
Revisó: Luis Carlos Mendoza Diaz / Asesor OCI
Aprobó: Norma Lucia Avila Quintero / Jefe Oficina de Control Interno