FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	**Día:**	04	**Mes:**	08	**Año:**	2026

Nombre de la auditoría	Auditoría de Seguimiento al reporte de la información en el FURAG
Dependencia, proceso y/o grupo de trabajo, objeto de auditoría	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS / PROCESO PLES
Funcionarios directivos, coordinadores o líderes del proceso a auditar	ANGELICA MARIA ZAMORA ACOSTA / JESUS ALBERTO OROZCO CASTIBLANCO
Tipo de Auditoría (Ley o Interna)	Interna
Objetivo y alcance	Evaluar el diligenciamiento de formulario FURAG vigencia 2025, junto con los soportes referidos y su correlación con los resultados arrojados en el índice de gestión, con el fin de identificar brechas a intervenir oportunamente ante de finalizar la presente vigencia.
Objetivos específicos	• Evaluar la estructura y contenido del FURAG • Verificar la exactitud y confiabilidad de la información reportada. • Analizar resultado obtenidos, especialmente en aquellos aspectos de posible desmejoramiento. • Identificar oportunidades de mejora en la gestión y reporte de la información.
Criterios Normativos y/o Administrativos:	• Decreto 1083 de 2015 • Decreto 1499 de 2017 • Circular externa 100 - 011 de 2025 • Decreto Único Sectorial de Función Pública

1. COMPROMISO ÉTICO EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORÍA INTERNA

La Oficina de Control Interno, tiene en cuenta para la actividad de auditoría, los siguientes documentos:

i. Código de Ética del Auditor Interno que tiene como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de éste.

ii. Estatuto de auditoría, en el cual se establecen y comunican las directrices fundamentales que definen el marco dentro del cual se desarrollan las actividades de la Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

2. COMPROMISO DEL AUDITADO

De conformidad con la Ley, para la realización de la presente auditoría, se expidió la carta de representación de 03 de julio de 2026, suscrita por Angelica María Zamora Acosta como jefe o líder del proceso o unidad auditada, mediante la cual, ha (n) declarado su responsabilidad en la oportuna preparación, presentación integral y consistencia de la información solicitada y entregada en el marco de la auditoría a la Oficina de Control Interno.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS

Durante las etapas de planeación, apertura, ejecución y cierre de la actividad de auditoría, se desarrollaron las siguientes actividades:

a) Conocimiento del proceso o dependencia. A través del formulario FURAG, emitido por el DAFP.

b) Diseño del plan de trabajo de la actividad de auditoría: Se definieron el objetivo y los objetivos primarios, soportados en los criterios legales o administrativos a tener en cuenta para su definición y su respectivo cronograma de actividades de trabajo.

c) Reunión de apertura: la apertura de la auditoría se realizó en reunión virtual, el 8 de julio de 2026, en donde se expuso el plan de trabajo de la actividad de auditoría ante los responsables de la dependencia y grupo de trabajo sujetos de la auditoría, atendiendo con oportunidad inquietudes al respecto, para lo cual se dejó constancia en acta grabada de la reunión en la IA GEMINI.

d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información pertinente, relacionada con el objetivo (s) y alcance(s), que fuese relevante, útil, basada en hechos y confiable. Soportada en los respectivos papeles de trabajo. La información fue allegada a la OCI, el 15 de julio de 2026.

e) Análisis y evaluación de la información. La revisión se realizó en el plazo estipulado y fue basada en factores críticos de éxito, en estrategias y objetivos del aspecto evaluable, en los riesgos altos y extremos, metas y objetivos del proceso, con enfoque hacia la consecución de los alcances de la auditoría.

f) Informe preliminar. Se emitió y notificó el informe preliminar, el 31 de julio de 2026, a través de correo electrónico dirigido al jefe de la dependencia auditada y jefe de grupo respectivo, los cuales tuvieron un periodo de revisión para interponer observaciones, aclaraciones, solicitudes de precisión, etc., conforme el debido proceso, ante el contenido del informe y los mismos hallazgos y observaciones.

g) Presentación de observaciones al informe preliminar. El Jefe de la dependencia, reportó a la OCI, el 03 de agosto de 2026, mediante correo electrónico informa lo siguiente*: "(…) Frente a los dos hallazgos que se establecieron en el informe de auditoría, se aceptan y se informan que su mejoramiento se llevará a cabo por medio del Plan Operativo para la sostenibilidad y fortalecimiento de las políticas de MIPG.(…)"*. Copia del referido oficio reposa en la carpeta de la respectiva auditoria DRIVE de la OCI.

h) Respuesta de la OCI al oficio de observaciones del proceso auditado, de acuerdo al anterior punto, no aplica este ítem.

i) Informe definitivo de Auditoría. Una vez, realizada las anteriores actividades, se procede a presentar el presente informe definitivo.

4. DESARROLLO DE AUDITORÍA

4.1. OBJETIVO ESPECÍFICO#1. Evaluar la estructura y contenido del FURAG.

CRITERIO GENERAL. Circular Externa No. 100-011 de 2025, Evaluación integral de las políticas

operativas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

CONDICIÓN GENERAL. El diligenciamiento del FURAG recopila datos basados en evidencias verificables para las 19 políticas del MIPG, dependiendo de cada entidad, para la Superintendencia de la Economía Solidaria, se establecieron un total de 502 preguntas, la cuales fueron respondidas de manera oportuna. Esta oficina evidenció que la estructura y contenido del FURAG, es el adecuado y se mantuvo y dio cumplimiento a lo establecido por el DAFP.

Para este objetivo, no se fijan observaciones.

4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO#2. Verificar la exactitud y confiabilidad de la información reportada.

CRITERIO GENERAL. Circular Externa No. 100-011 de 2025, Evaluación integral de las políticas operativas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

CONDICIÓN GENERAL. Con el fin de verificar la exactitud y confiabilidad de la información reportada, esta oficina procedió a determinar la muestra sobre las 502 preguntas, estableciendo una muestra de 82 pregunta a validar, en las cuales se evidenció los siguientes hechos:

a. Los soportes no corresponden a lo solicitado.

De las 82 preguntas revisada, se evidenció que para siete (7) preguntas, es decir, el 8.5% no cumplen con los soportes adjuntados, según la respuesta dada, tal como se observa en la siguiente tabla:

CODIGO DE PREGUNTA	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	LINK DE EVIDENCIA	OBSERVACIÓN OCI
GTH201	Para la elaboración del Plan Estratégico de Talento Humano, la entidad tuvo en cuenta:	La normatividad aplicable a la gestión del talento humano (Ley 909 de 2004, Decreto 1083 de 2015, Decreto Ley 785 de 2005, Decreto Ley 770 de 2005, actos administrativos de creación o modificación de planta o estructura)	https://www.supersolidaria.gov.co/es/content/plan-estrategico	El link corresponde al plan estratégico de la entidad y no al plan estratégico de talento humano. Soporte no idóneo
		Caracterización de los servidores de acuerdo con la información registrada en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP	https://www.supersolidaria.gov.co/es/content/plan-estrategico	El link corresponde al plan estratégico de la entidad y no al plan estratégico de talento humano. Soporte no idóneo
GTH206	¿La entidad reportó las vacantes en la Oferta Pública de Empleos de Carrera (OPEC)?	Sí. Indique el número total de vacantes reportadas a la OPEC, durante la vigencia evaluada:	3. GTH206	La información corresponde a 2023, no a 2025. Soporte no idóneo

CODIGO DE PREGUNTA	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	LINK DE EVIDENCIA	OBSERVACIÓN OCI
GDI233	La política de seguridad y privacidad de la información de la entidad:	Está formulada, aprobada, implementada y se actualiza mediante un proceso de mejora continua	33. GDI233	Se observó el documento de la política actualizada en diciembre de 2024, sin embargo, el acta de aprobación del comité de gestión y desempeño es del 2021, por lo tanto se observa una incongruencia. Soporte no idóneo
GDI240	Con respecto a las auditorías de seguridad de la información de la vigencia 2025:	La entidad solo realizó auditorías internas	40. GDI240	La OCI si realizó auditoria al MSPI en año 2025; sin embargo, figura un soporte que no corresponde
GDO227	Con relación al Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA), la entidad:	Parametrizó el SGDEA a partir del Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos	15. GDO227	El soporte corresponde a 2024, no se observa evidencia correspondiente a 2025.
		Se encuentra en proceso de implementación de un SGDEA de acuerdo con el Modelo de Requisitos para la Gestión de Documentos Electrónicos	15. GDO227	El soporte corresponde a 2024, no se observa evidencia correspondiente a 2025.
GCI200	¿Qué acciones ha realizado la entidad para implementar la política de gestión del conocimiento y la innovación?	Ejecutó la planeación estratégica establecida para fortalecer o implementar la política y documentó los resultados obtenidos	d-e	Se observa el plan de trabajo y el informe del plan estratégico, sin embargo, no se evidencia resultados de las actividades establecidas.
		Realizó seguimiento y evaluación a los resultados obtenidos a través de la ejecución en la planeación estratégica definida para la vigencia	d-e	Se observa el plan de trabajo y el informe del plan estratégico, sin embargo, no se evidencia resultados de las actividades establecidas.
GCI220	¿En cuál o cuáles temáticas de la gestión de la innovación se promovieron formaciones o capacitaciones?	En metodologías para identificar problemas	https://drive.google.com/drive/folders/1aheB-Cy4-v3OPojV5_ZrQUMk9-LShxxq	La evidencia no aplica para dar respuesta a la pregunta
		En generación y diseño de soluciones innovadoras	https://drive.google.com/drive/folders/1aheB-Cy4-v3OPojV5_ZrQUMk9-LShxxq	La evidencia no aplica para dar respuesta a la pregunta

Fuente: Matriz FURAG 2025 – Elaboración Propia OCI.

Hallazgo #1: Inconsistencia y falencia en los soportes de evidencia reportados en el FURAG.

CONDICIÓN ESPECÍFICA: De la muestra evaluada equivalente a 82 preguntas (correspondiente al 16.3% del total de 502 preguntas del formulario FURAG vigencia 2025), se verificó que en el **8.5% de los casos (7 preguntas)**, los soportes cargados en la plataforma no guardan correspondencia directa con lo solicitado en los enunciados. Se identificaron links a documentos institucionales generales en lugar de planes específicos (ej. Plan Estratégico general vs. Plan Estratégico de Talento Humano), enlaces a carpetas que no corresponden a la temática, evidencias pertenecientes a

vigencias anteriores (2023 o 2024) o ausencia del acta formal de aprobación por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

CRITERIO ESPECÍFICO: Teniendo en cuenta lo evidenciado en la verificación de la información se observa un incumplimiento a lo establecido en la Circular Externa No. 100-011 de 2025, *"(…) Numeral 5. Es responsabilidad de los representantes legales de cada entidad velar por la veracidad, confiabilidad u oportunidad de la información que se reporta a través del FURAG. (…)".*

CAUSAS:

- Falta de un proceso riguroso de supervisión, validación y control de calidad previo al cargue masivo de información en la plataforma FURAG por parte de los enlaces del proceso, teniendo en cuenta que el proceso cuenta con el personal suficiente para realizar una revisión detallada.
- Debilidad en los mecanismos de verificación interna de la correlación temporal (vigencia 2025) y documental de los soportes allegados por los responsables de cada política.

CONSECUENCIAS:

- Riesgo de desmejora en la calificación final del Índice de Desempeño Institucional (IDI) debido a la eventual invalidación de respuestas por parte del DAFP al no contar con soportes idóneos.
- Afectación al principio de veracidad, confiabilidad y transparencia de la información pública institucional reportada ante los entes de control y la ciudadanía.

RECOMENDACIONES.

- **Acción Correctiva:** La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (PLES) deberá coordinar con los líderes de las políticas afectadas la revisión inmediata y actualización de los soportes documentales inconsistentes de la vigencia 2025, garantizando que reposen debidamente custodiados en la carpeta DRIVE institucional.

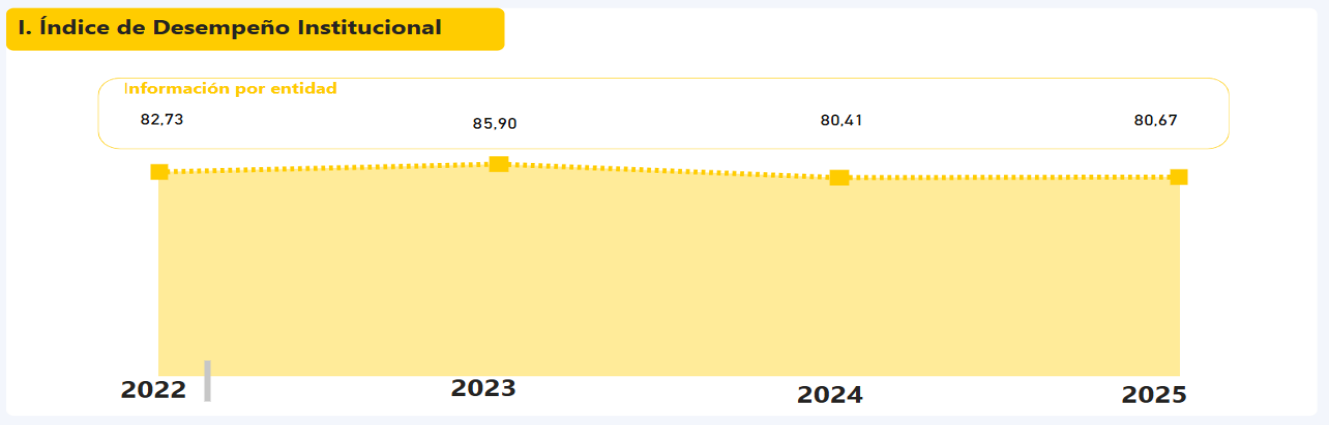
- **Acción Preventiva:** Establecer e implementar un procedimiento o lista de chequeo interna para la validación previa de la información y evidencias FURAG, que incluya la verificación de: vigencia del documento, pertinencia directa con el ítem evaluado y existencia de actos administrativos o actas de aprobación según aplique, antes de su reporte definitivo ante el DAFP.

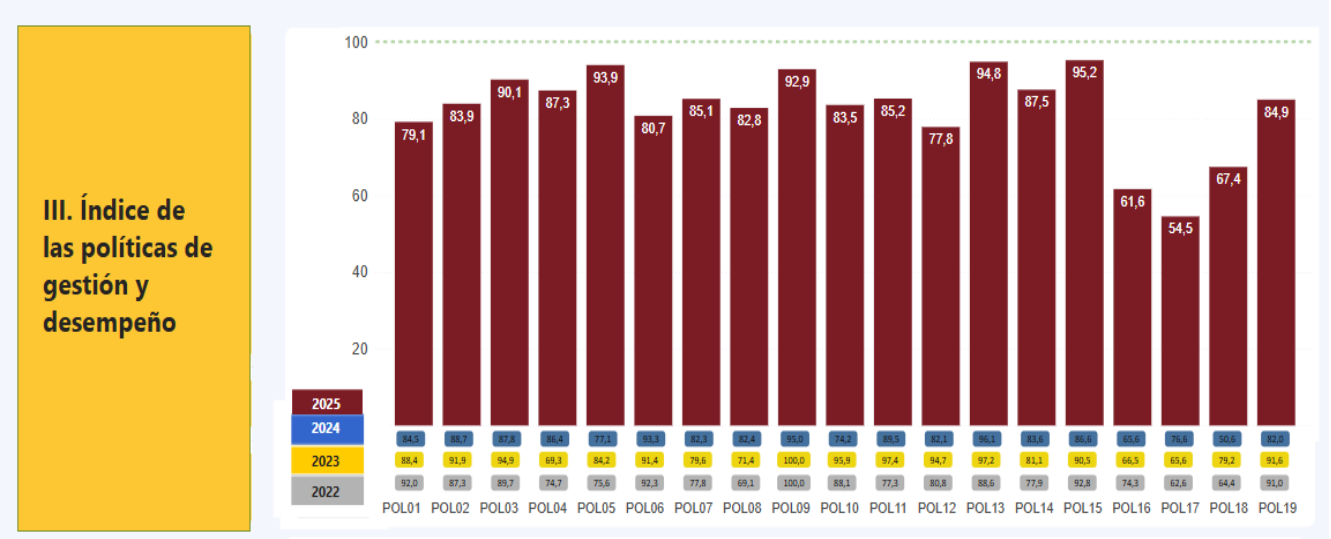
4.3. OBJETIVO ESPECIFICO #3. Analizar resultado obtenidos, especialmente en aquellos aspectos de posible desmejoramiento.

CRITERIO GENERAL. Circular Externa No. 100-011 de 2025, Evaluación integral de las políticas operativas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

CONDICIÓN GENERAL. En cumplimiento del análisis de los resultados del Índice de Desempeño Institucional (IDI), esta oficina procedió a verificar la información publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en el aplicativo FURAG.

Al examinar el informe oficial, se evidenció que la entidad obtuvo un **incremento global de 0,26 puntos** en comparación con la vigencia 2024. No obstante, al realizar el análisis detallado por componente, se identificó un comportamiento heterogéneo en las **19 políticas de gestión y desempeño**:





Fuente: https://www1.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-medicion.

a) Políticas con incremento en su calificación (8 políticas)

Un total de ocho (8) políticas registraron una variación positiva, destacándose los avances en *Compras y Contratación Pública* y *Gestión del Conocimiento* (+16,80 puntos cada una):

#Polítca	Política	2024	2025	Puntos
POL03	Planeación Institucional	87,80	90,1	2,30
POL05	Compras y Contratación Pública	77,10	93,9	16,80
POL07	Gobierno Digital	82,30	85,1	2,80
POL10	Mejora Normativa	74,20	83,5	9,30
POL14	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	83,60	87,5	3,90

#Políca	Política	2024	2025	Puntos
POL15	Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	86,60	95,2	8,60
POL18	Gestión del Conocimiento	50,60	67,4	16,80
POL19	Control Interno	82,00	84,9	2,90

Fuente: https://www1.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-medicion. Elaboración Propia OCI

b) Políticas con disminución en su calificación (9 políticas)

Por otra parte, nueve (9) políticas presentaron retrocesos en su puntaje, siendo las variaciones más críticas las de *Gestión de Información Estadística* (-22,10 pts.) y *Fortalecimiento Organizacional* (-12,60 pts.):

#Política	Política	2024	2025	Puntos
POL01	Gestión Estratégica del Talento Humano	84,50	79,1	-5,40
POL02	Integridad	88,70	83,9	-4,80
POL06	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	93,30	80,7	-12,60
POL09	Defensa Jurídica	95,00	92,9	-2,10
POL11	Servicio a las ciudadanías	89,50	85,2	-4,30
POL12	Racionalización de Trámites	82,10	77,8	-4,30
POL13	Participación Ciudadana en la Gestión Pública	96,10	94,8	-1,30
POL16	Gestión Documental	63,60	61,6	-2,00
POL17	Gestión Información Estadística	76,60	54,5	-22,10

Fuente: https://www1.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-medicion. Elaboración Propia OCI

c) Consolidado de recomendaciones para el cierre de brechas

Como resultado del informe del DAFP, se formularon **265 recomendaciones** distribuidas en las 19 políticas operativas, las cuales constituirán el insumo base para el Plan de Cierre de Brechas Institucional:

#Política	Política	# Recomendaciones
POL01	Gestión Estratégica del Talento Humano	15
POL02	Integridad	9
POL03	Planeación Institucional	6
POL04	Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	2
POL05	Compras y Contratación Pública	1
POL06	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	5
POL07	Gobierno Digital	26
POL08	Seguridad Digital	6
POL09	Defensa Jurídica	1
POL10	Mejora Normativa	11
POL11	Servicio a las ciudadanías	16
POL12	Racionalización de Trámites	4
POL13	Participación Ciudadana en la Gestión Pública	1

#Política	Política	# Recomendaciones
POL14	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	6
POL15	Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	6
POL16	Gestión Documental	28
POL17	Gestión Información Estadística	54
POL18	Gestión del Conocimiento	25
POL19	Control Interno	43
Total		**265**

Fuente: https://www1.funcionpublica.gov.co/web/mipg/resultados-medicion. Elaboración Propia OCI

Hallazgo #2: Disminución en los índices de implementación de políticas institucionales y debilidades en la validación de la información FURAG.

CONDICIÓN ESPECIFICA: Con base en los resultados de la medición del Índice de Desempeño Institucional (IDI), se evidenció una reducción en la calificación de **nueve (9) políticas de gestión y desempeño**, lo cual impactó negativamente el resultado global de la entidad. Adicionalmente, se identificó que dicha disminución estuvo asociada a falencias en la pertinencia y vigencia de los soportes documentales reportados.

CRITERIO ESPECIFICO : La situación expuesta contraviene lo establecido en la **Circular Externa No. 100-011 de 2025** emitida por el DAFP, específicamente en su numeral 10:
(…) Las entidades públicas deberán, en el marco de sus capacidades y esquemas organizacionales, diseñar y emprender las acciones de mejora necesarias para subsanar aspectos de MIPG en los cuales se detectaron falencias o para mantener las fortalezas identificadas (…).

CAUSAS:

Inexistencia de un filtro previo de control de calidad: Ausencia de un proceso riguroso de supervisión, validación y verificación técnica por parte de los enlaces del proceso antes del cargue masivo de información en la plataforma FURAG, a pesar de contar con el talento humano disponible para dicha actividad.
Debilidad en los mecanismos de verificación interna: Inexistencia de controles formalizados para asegurar la correlación temporal (correspondencia con la vigencia evaluada 2025) y la suficiencia documental de las evidencias aportadas por los líderes de cada política.

CONSECUENCIAS:

Riesgo de ajuste adverso en el IDI: Posible invalidez o desestimación de respuestas por parte del DAFP debido a la falta de evidencias idóneas o vigentes, afectando el posicionamiento institucional.
Afectación a la integridad de la información pública: Posible detrimento de los principios de veracidad, confiabilidad y transparencia en la información oficial reportada ante los entes de control y la ciudadanía.

RECOMENDACIONES:

Acción Correctiva: La **Oficina Asesora de Planeación y Sistemas (PLES)**, en coordinación con los líderes de las políticas afectadas, deberá realizar la revisión, depuración y actualización

inmediata de los expedientes documentales con inconsistencias de la vigencia 2025, asegurando su debida custodia y trazabilidad en el repositorio institucional.

Acción Preventiva: Diseñar e institucionalizar una lista de chequeo y protocolo de validación **previa** para el reporte de evidencias en el FURAG. Este mecanismo deberá verificar formalmente:

- Correlación con la vigencia evaluada.
- Pertinencia directa de la evidencia frente al ítem evaluado.
- Existencia y validez formal de los actos administrativos o actas de aprobación requeridas.

Acción de Cierre de Brechas: Formular e implementar, de manera inmediata, un Plan de Mejoramiento Institucional que incorpore metas, responsables y cronogramas para dar respuesta a las 265 recomendaciones emitidas en la medición del IDI, priorizando aquellas políticas que presentaron retrocesos.

4.4. OBJETIVO ESPECIFICO #4. Identificar oportunidades de mejora en la gestión y reporte de la información.

CRITERIO GENERAL. Circular Externa No. 100-011 de 2025, Evaluación integral de las políticas operativas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

CONDICIÓN GENERAL. Con el propósito de identificar oportunidades de mejora en el diligenciamiento y soporte de la información reportada, esta Oficina llevó a cabo una revisión sobre una muestra aleatoria de ochenta y dos (82) preguntas del formulario FURAG. Como resultado de dicha verificación, se evidenció que en catorce (14) preguntas (equivalentes al 17% de la muestra) existió una aplicación parcial o un no cumplimiento del ítem evaluado, tal como se detalla a continuación:

CODIGO DE PREGUNTA	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	LINK DE EVIDENCIA	OBSERVACIÓN OCI
GTH201	Para la elaboración del Plan Estratégico de Talento Humano, la entidad tuvo en cuenta:	Resultados del diagnóstico institucional (matriz GETH) y avances de la vigencia inmediatamente anterior		Revisar porque no se tuvo en cuenta y si se aplica
GTH220	Durante la vigencia evaluada, ¿la entidad realizó un análisis sistemático (cuantitativo y/o cualitativo) de los resultados de la evaluación de desempeño laboral y de los acuerdos de gestión, y los articuló con el cumplimiento de metas institucionales?	Parcialmente, y cuenta con las evidencias:		Por qué Parcialmente?? Que acción de mejora se estableció?
INT217	De acuerdo con los procesos que adelanta el comité de convivencia laboral, el responsable:	Articuló con la administradora de riesgos laborales acciones de asesoría y asistencia técnica para la intervención de factores psicosociales		Solicitar el plan de acción por falta de cumplimiento

CODIGO DE PREGUNTA	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	LINK DE EVIDENCIA	OBSERVACIÓN OCI
GDI202	¿Cuáles de los siguientes grupos de valor e interés participaron en la toma de decisiones sobre la implementación de la Política de Gobierno Digital en la entidad?	Ninguno de los anteriores	Durante el 2025, NO se realizaron ejercicios participativos con grupos de valor e interés en la implementación GDI	Plan de acción para cumplir con esta actividad
GDI234	Respecto de los procedimientos de seguridad y privacidad de la información, la entidad:	Los definió, aprobó, implementó, y se actualizaron mediante un proceso de mejora continua	34. GDI234	Se observan los procedimientos, sin embargo, no se observa el acta donde se aprueban los mismos.
SDI209	¿La entidad identificó y gestionó los riesgos de seguridad digital (Ciberseguridad) en los servicios de Nube Pública/Privada que utiliza?	Identificó los riesgos, pero no los ha gestionado	B	Se debe revisar el plan de acción para gestionar los riesgos
SEC216	El formulario de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD), dispuesto en el Menú de Atención y Servicios a la Ciudadanía a través del sitio web, contó con las siguientes condiciones técnicas:	Mensaje de confirmación de recibido por la entidad		Se debe establecer plan de acción para el cumplimiento de esta actividad.
		Validación de campos mediante la que se alertó al ciudadano sobre errores o falta de información en el diligenciamiento del formulario, de forma visible y accesible para todas las personas		Se debe establecer plan de acción para el cumplimiento de esta actividad.
		Mecanismo para que los correos electrónicos remitidos de manera automática no se categorizaran como NO deseados o SPAM		Se debe establecer plan de acción para el cumplimiento de esta actividad.
		Mecanismos de seguimiento en línea para que el ciudadano verificara el estado de respuesta de su petición, queja, reclamo, sugerencia y denuncia (PQRSD)		Se debe establecer plan de acción para el cumplimiento de esta actividad.
		Mecanismos para informar al ciudadano el motivo y las opciones para hacer nuevamente su solicitud, en caso de que el sistema presentara errores durante el diligenciamiento del formulario		Se debe establecer plan de acción para el cumplimiento de esta actividad.
RTR202	¿Durante la vigencia evaluada, la entidad registró una estrategia de racionalización en el SUIT para mejorar su oferta institucional y hacer la vida ciudadana más garante de derechos?	No, pero presenta justificación	No hay justificación?	Se debe establecer un plan de acción para dar cumplimiento con la acción.

CODIGO DE PREGUNTA	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	LINK DE EVIDENCIA	OBSERVACIÓN OCI
TRA218	Atendiendo a los principios que fundamentan la transparencia pasiva, ¿las respuestas que la entidad dio a los derechos de petición de documentos e información hechos por los ciudadanos, se hicieron dentro de los términos legales establecidos, fueron completas, veraces y objetivas, se entregaron en formatos adecuados y prácticos de usar, que permiten al ciudadano o usuario encontrar fácilmente su respuesta?	Parcialmente, y cuenta con las evidencias:	https://www.supersolidaria.gov.co/es/conthttps://www.supersolidaria.gov.co/es/content/informe-trimestral-pgrsnt/informe-trimestral-pqrs	Establecer un plan de acción para el incumplimiento de este ítem
TRA228	¿La entidad contó con un procedimiento para garantizar el acceso a la información pública con criterio diferencial a la población étnica que habla lenguas distintas al castellano?	No		Establecer un plan de acción para el incumplimiento de este ítem
TRA244	¿Para determinar el alcance del Programa de Transparencia se realizó un análisis de contexto interno y externo, que permitiera identificar a todos los actores relevantes y el rol que asumirían en la implementación?	No		Establecer un plan de acción para el incumplimiento de este ítem
GDO226	Frente a la gestión de documentos electrónicos y conformación de expedientes electrónicos:	Definió esquemas de validación y metadatos, para los documentos electrónicos en los procesos, procedimientos, trámites o servicios automatizados		Establecer un plan de acción para el incumplimiento de este ítem
		Identificó los metadatos para la preservación digital a largo plazo de los documentos de archivo		Establecer un plan de acción para el incumplimiento de este ítem
GES213	El registro administrativo contó con la siguiente documentación:	Ficha técnica o metadato de registros administrativos		Establecer un plan de acción para el incumplimiento de este ítem
		Diccionario de la base datos		Establecer un plan de acción para el incumplimiento de este ítem
GCI200	¿Qué acciones ha realizado la entidad para implementar la política de gestión del conocimiento y la innovación?	La entidad analizó su contexto organizacional para la implementación de la política de gestión del conocimiento e innovación mediante la aplicación de un autodiagnóstico, el cual fue contrastado con evidencias recopiladas a través de encuestas, grupos focales y entrevistas. Este ejercicio permitió evaluar las capacidades institucionales en términos de personas, procesos y tecnologías, así	Autodiagnóstico	Establecer un plan de acción teniendo en cuenta el resultado del autodiagnóstico.

CODIGO DE PREGUNTA	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA	LINK DE EVIDENCIA	OBSERVACIÓN OCI
		como identificar fortalezas y brechas para orientar su implementación.		

Fuente: Matriz FURAG 2025 – Elaboración Propia OCI.

En consideración a que el ejercicio anterior responde al análisis de una muestra representativa (17% de inconsistencias sobre 82 preguntas), se hace indispensable que los líderes de política realicen la revisión integral del 100% de las preguntas del FURAG. Dicha revisión permitirá contrastar las respuestas no cumplidas o parciales contra las 265 recomendaciones oficiales emitidas por el DAFP, facilitando la construcción del Plan de Cierre de Brechas 2026.

Nota de homologación: Frente a las situaciones evidenciadas en este punto, no se formula un nuevo hallazgo independiente, toda vez que las falencias de soporte y control documental encontradas se subsumen y homologan con las causas y efectos descritos en el Hallazgo #1.

5. PLAN DE MEJORAMIENTO

Se adjunta formato FT-COIN-008, con la FORMULACIÓN del plan de mejoramiento, la cual es un resumen de la auditoría y es competencia de la OCI; en cuanto a la parte de DEFINICIÓN la OCI propone la misma recomendación, sin embargo, el proceso auditado debe redactarla y acomodarla que le apunte a la recomendación de la OCI. Se debe otorgar al proceso auditado, un plazo máximo de hasta 5 días hábiles para su trámite respectivo.

Tenga en cuenta los siguientes aspectos legales y algunos tips antes de diligenciar el formato adjunto.

NORMAS:

- El artículo 4 Ley 87 /93, establece que la responsabilidad de sus directivos " g. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno "
- El artículo 12. Establece como función de la OCI, k) Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas
- Decreto 338 2019 y Guía de Autoría del DAFP, establece que en relación con el plan de mejoramiento el Jefe de Control Interno debe: Acompañar a cada área en la formulación adecuada, rigurosa y con enfoque estratégico de las acciones de mejora (rol de prevención, resultante de trabajos de auditoria).

TIPS:

- Lea el INSTRUCTIVO del formato, en la parde FORMULACION Y DEFINICION. Va en una hoja del archivo Excel del formato FT_COIN_008.
- Se debe revisar y definir la parte de DEFINICION, la cual lleva una propuesta de la OCI y tenga en cuenta como referencia la parte de FORMULACION, la cual es de competencia de la OCI, siendo inobservable.
- La acción de mejoramiento debe atacar cada causa posible y por ende evitar el hallazgo se repita. Un hallazgo puede tener más de una acción de mejoramiento.
- Fije acciones de mejoramiento acordes con las recomendaciones del informe de auditoría.
- Las acciones de mejoramiento de tipo CORRECTIVO, propuestas por la OCI, tienen una característica casi total, no son negociables.
- Cuando la acción la puede realizar en forma DIRECTA el proceso auditado, tiene un plazo de

1 a 3 meses; cuando es COMPARTIDA, por qué dependen de otro proceso, se otorga de 1 a máximo 6 meses y cuando la acción es de tipo INSTITUCIONAL, conlleva un plazo de 1 a 12 meses, como máximo.

- Las evidencias deben apuntar en forme definitiva e implicar demostrar su gestión de la acción correctiva, siendo eficaces y eficientes. Son tangibles generalmente y deben ser explicadas en la siguiente columna.

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)
JORGE HERNANDO PEDRAZA VARGAS
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Martha Rocio Yanquen Parra – Profesional Especializada