

 UBPD UNIDAD DE BUSQUEDA IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
														AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE, DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GJ/01/2024	18/3/2024	Oficina Asesora Jurídica Sistema Elogui	Observación No. 1	Algunos usuarios (abogados) fueron inactivos de la Plataforma e-KOGUI en el semestre siguiente a su retiro de la OAJ o de la entidad, razón por la cual, en algunos casos, la información reportada por dicha dependencia no concidió con la registrada en el sistema de información.	Informe seguimiento	Falta de actualización del sistema en tiempo real	Acción preventiva	Una vez se desvincule el abogado de la OAJ y/o de la Entidad, se inactivará del Sistema eKOGUI en un término máximo de 15 días.	Captura de pantalla Sistema Elogui.	Depende del número de abogados que se desvinculen.	18/03/2024	30/06/2024	Administradora Elogui	100%	Cumplida
CID/02/2024	15/7/2024	Control Interno Disciplinario	Hallazgo No. 1	Posible incumplencia de los términos legales establecidos para llevar a cabo las etapas de indagación previa e investigación disciplinaria	Auditoría Interna de Gestión	Cambio y transición en la normatividad de la Ley 734 de 2002 a la Ley 1952 de 2019 modificada por la Ley 2094 de 2021. Proceso recibido de la anterior administración con las etapas procesales vencidas en su mayoría.	Correctiva	Automatizar la matriz de seguimiento con alertas del vencimiento de los términos a los abogados que tienen a cargo el expediente y al operador disciplinario.	Matriz automatizada	1	22/07/2024	21/07/2025	Secretaría General	100%	Cumplida
CID/03/2024	15/7/2024	Control Interno Disciplinario	Observación No. 2	Posible omisión de la práctica de pruebas decretadas previamente dentro del proceso disciplinario	Auditoría Interna de Gestión	CID-022-2022: Proceso recibido de la anterior administración en el que se emitió auto que decreta la prueba, donde se observa equivocación en el nombre del testigo, lo cual se considera, pudo haber incidido en la práctica de la prueba. CID-024-2022: Proceso recibido de la anterior administración en el que se emitió auto que proroga el término de la investigación disciplinaria por 3 meses y decreta pruebas, las cuales no fueron practicadas durante el lapso de la prórroga, impidiendo su realización.	Preventiva	Realizar por parte del equipo de Gestión Disciplinaria de la Secretaría General una revisión mensual de los expedientes activos gestionados por cada uno de los abogados, a fin de advertir los términos de la práctica de las pruebas y de esta manera evacuarlos dentro del término establecido en la Ley.	Acta de reunión	6	22/07/2024	21/01/2025	Secretaría General	100%	Cumplida
CID/04/2024	15/7/2024	Control Interno Disciplinario	Observación No. 3	Caracterización del proceso y procedimiento desactualizados	Auditoría Interna de Gestión	La decisión tomada por la anterior administración en el sentido de no realizar procesos y procedimientos, en consideración a que se encuentran establecidos y regulados en la normativa disciplinaria. El proceso disciplinario tal como se venía adelantando por una sola dependencia no estaba en consonancia con lo dispuesto en la norma vigente, lo cual conlleva a realizar los ajustes en el proceso, en aras de garantizar que la etapa de instrucción y juzgamiento fueran desarticulados por dependencias distintas. Producto de ello, la Entidad se quedó sin la posibilidad de atender el proceso disciplinario en segunda instancia, y se decidió que todo proceso que llegase a esta instancia se remitiría a la Procuraduría General de la Nación.	Correctiva	Eliminación de la caracterización y elaboración de lineamientos correspondientes a la primera instancia del proceso disciplinario de conformidad con la Ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021. Eliminación del proceso de segunda instancia de la Ley 1952 de 2019.	Panelazo de la eliminación de la caracterización y elaboración de lineamientos correspondientes a la primera instancia del proceso disciplinario. Panelazo en el Sistema Integrado de Gestión en el que conste la eliminación del proceso y procedimiento de la segunda instancia.	1	22/07/2024	30/06/2026	Secretaría General	100%	Cumplida

 UBPD UNIDAD DE BUSQUEDA IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GJ/05/2024	6/8/2024	Oficina Asesora Jurídica - Ekogui	Observación No. 1	Con relación a los procesos judiciales activos en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado e-KOGUI, los procesos con No. 2700133300620240000100 radicado e-KOGUI: 2526678 y No. 1800133300220240001600 radicado e-KOGUI: 2545751 no tenían registrada la calificación del riesgo ni provisión contable en la plataforma, durante el primer semestre de 2024.	Informe de seguimiento	Procesos recientes en estudio de la calificación del riesgo y la provisión contable.	Correctiva	Realizar la calificación del riesgo y la provisión contable en la plataforma Ekogui, de los procesos con ID 2526678 y 2545751.	Captura de pantalla del Sistema Ekogui con la calificación del riesgo y la provisión contable de los citados procesos.	2	6/08/2024	16/08/2024	Administrador/a Sistema e-KOGUI	100%	Cumplida
GO/06/2024	28/01/2024	Proceso de gestión contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 3.2	El pago No. 16 corresponde al canon del mes febrero de 2024, sin embargo, en la Certificación de cumplimiento y recibo a satisfacción se estableció de manera errónea que correspondía al mes de enero de 2024.	Informe de auditoría interna	La supervisión no cuenta con un mecanismo de validación de fechas en el pago de facturas	Correctiva	Designar un apoyo a la supervisión en el área competente que se encargue de verificar los datos de los documentos previo a la aprobación del supervisor	Captura de Pantalla remitida mediante correo electrónico al supervisor con la validación realizada	1 correo de verificación mensual para los contratos designados bajo su supervisión que se encuentren vigentes a 2025	1/01/2025	30/06/2025	Subdirección de Gestión Financiera Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida
GO/07/2024	28/01/2024	Proceso de gestión contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 4.1	Los ítems registrados en "Valor pagado" y el "Saldo USP ppta" en el formato de "Certificación de autorización de pago para contratos de adquisición de bienes y servicios" de los meses de ABRIL y JUNIO de 2024, no coinciden con el valor del RP 123 identificado en las mencionadas certificaciones.	Informe de auditoría interna	Los supervisores tienen muchas actividades a su cargo y no cuentan con el suficiente tiempo y apoyo para verificar todos los ítems asociados.	Correctiva	Designar un apoyo a la supervisión en el área competente que se encargue de verificar los datos de los documentos previo a la aprobación del supervisor	Captura de Pantalla remitida mediante correo electrónico al supervisor con la validación realizada	1 correo de verificación mensual para los contratos designados bajo su supervisión que se encuentren vigentes a 2025	7/01/2025	30/06/2025	Subdirección de Gestión Financiera Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida
GO/08/2024	28/01/2024	Proceso de gestión contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 4.2	El valor del RP identificado en la "Certificación de autorización de pago para contratos de adquisición de bienes y servicios" del mes de MAYO de 2024 (RP 124), corresponde al RP No. 123 de la vigencia 2023, razón por la cual no coincide con los ítems de "Valor pagado" y "Saldo USO ppta" de la misma certificación.	Informe de auditoría interna	No se cuenta con una matriz de chequeo de verificación de documentos, ítems o requisitos para el pago de los contratos.	Correctiva	Realizar una matriz de verificación con cada uno de los ítems a validar para los sopres de la facturación	Matriz de seguimiento	1 matriz de seguimiento diligenciada de manera mensual	1/01/2025	30/06/2025	Subdirección de Gestión Financiera Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida

 UBPD UNIDAD DE BUSQUEDA IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
														AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GC/09/2024	26/01/2024	Proceso de gestión contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 6	No se evidenció el trámite de pago correspondiente al fin de mayo de 2024 en ninguno de los sistemas: GESTIONEMOS, SECOP II, ni SIOBSU. Lo anterior, teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo establecido en el SECOP II el contrato finalizó a partir del 02 de mayo de 2024.	Informe de auditoría interna	Falta de tiempo y/o apoyo a la supervisión para verificar todos los informes de actividades y los procesos que se requieren en la terminación de contrato a cargo del coordinador del GITT.	Acción Correctiva	Realizar una reunión y dejar Acta del compromiso generado con cada contratista para la supervisión de los contratos a cargo del coordinador del GITT durante la vigencia 2025 para la verificación de las certificaciones de pago y cierre de la ejecución contractual en GESTIONEMOS, SECOP II y SIOBSU.	Acta de reunión	1 Acta de reunión mensual	1/01/2025	30/06/2025	Supervisor Contrato	100%	Cumplida
GC/10/2024	26/01/2024	Proceso de gestión contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 7	El periodo de la primera y única certificación de cumplimiento y recibo a satisfacción, así como, de la certificación de autorización de pago es del 26/04/2024 al 02/05/2024; sin embargo, el inicio de la ejecución contractual fue el día 26/03/2024. En atención a lo anterior, no se evidenció el reporte de la ejecución contractual del periodo comprendido entre el 26/03 al 25/04 de 2024.	Informe de auditoría interna	Tiempo insuficiente para hacer una revisión más exhaustiva de la documentación para el pago, falta de apoyo a la supervisión de los contratos a cargo de la jefe de la OACP.	Acción correctiva	Designar apoyos a la supervisión de los contratos a cargo de la Jefe de la OACP	Memorandos de designación de supervisión	Un (1) memorando por cada contrato/de adquisición de bienes y servicios) designado a la jefe de la OACP	1/01/2025	30/06/2025	Oficina Asesora de Comunicaciones y Pedagogía	100%	Cumplida
GC/11/2024	26/01/2024	Proceso de gestión contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 8	En la certificación de autorización de pago de la segunda cuenta de cobro (mayo 2024) que reposa en la plataforma GESTIONEMOS, se indica que, el valor pagado es de \$27.347.000; sin embargo, el valor pagado con la primera cuenta de cobro del mes de abril fue de \$776.000.	Informe de auditoría interna	A la fecha de radicación del pago del contrato 310-2024-UBPD Evalua Salud, no se contó con una segunda verificación de la información que se carga para el trámite de pago dentro de la plataforma gestionemos.	Correctiva	El supervisor del contrato realiza la primera validación de los documentos remitidos por el contratista en la plataforma de Gestionemos, posteriormente remite a través de correo electrónico a quien realice el apoyo a la supervisión de la SGH asignado para realizar la validación de los documentos para la aprobación del trámite de pago.	Correos electrónicos de validación	2 correo electrónicos con validaciones 2 consolidado de pagos revisados (contratos vigentes a 2025 de adquisición de bienes y servicios)	1/01/2025	30/06/2025	Subdirección de Gestión Humana	100%	Cumplida
GC/12/2024	26/01/2024	Proceso de gestión contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 9.1	A través de la primera cuenta de cobro y la factura No. EMPR 33684 de fecha 09/07/2024 se realizó el cobro y pago de los servicios prestados por el contratista entre los meses de mayo y junio de 2024; sin embargo, en la cláusula No. 6 del contrato, se estableció que, el contrato se pagará en "mensualidades vencidas".	Informe de auditoría interna	Hace parte de las obligaciones específicas del contrato y no se determinó que no debía relacionarse como producto.	Correctiva	Mensualmente la supervisora del contrato realizará una validación que permita relacionar únicamente los productos recibidos a satisfacción que tengan recursos asociados.	carpeta con la evidencia con los documentos de pago revisados y aprobados	1 carpeta con la evidencia con los documentos de pago revisados y aprobados (contratos de adquisición de bienes y servicios vigentes en 2025)	1/01/2025	31/07/2025	Subdirección de Gestión Humana	100%	Cumplida

 UBPD UNIDAD DE BUCAROTA		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
															AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES	
GC/13/2024	28/01/2024	Proceso de gestion contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 9.2	En la factura No. EMPR 33684 presentada por el contratista en el mes de julio de 2024, para el cobro de los servicios de los meses de mayo y junio, no se especificó de manera clara y explícita los conceptos de los servicios prestados; así como, tampoco las diferentes cantidades, toda vez que, en todos los ítems se estableció la misma cantidad (1). En atención a lo anterior, no fue posible verificar que el valor cobrado por el contratista correspondiera a los valores de la cotización realizada inicialmente por este, que hace parte de los estudios de mercado del contrato.	Informe de auditoria interna	No se había solicitado al proveedor remitir una factura de manera desagregada.	Correctiva	La supervisión solicitará al proveedor, el ajuste de la factura con el fin de detallar las cantidades para todos los ítems y en caso de que el proveedor no remita la factura ajustada se le solicitará un excel adicional con la desagregación de los productos entregados. La supervisión solicitará al proveedor de manera verbal o escrita, el ajuste de la factura con el fin de detallar las cantidades para todos los ítems y en caso de que el proveedor no remita la factura ajustada se le solicitará un excel adicional con la desagregación de los productos entregados	Comeo enviado al proveedor con la solicitud de descripción de la factura	2 Correos enviados al contratista (contratos de adquisición de bienes y servicios vigentes en 2025)	1/01/2025		Subdirección de Gestión Humana	100%	Cumplida	
GC/14/2024	28/01/2024	Proceso de gestion contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 10	En los "Informes de Actividades y Certificación del supervisor" no se detalla de manera clara y específica las actividades realizadas por el contratista durante cada periodo certificado, únicamente se transcribe la obligación establecida en el clausulado contractual	Informe de auditoria interna	No se emitieron los lineamientos necesarios para que el contratista detallara y especificara de manera clara las actividades realizadas en el desarrollo de su contrato	Acción Correctiva	Explicar muy bien al contratista como se debe diligenciar el informe de actividades y como supervisor estar muy pendiente de lo que se plasman en los informes.	Realizar reuniones de socialización con los contratistas	2 Actas de reunion con las socializaciones realizadas	1/01/2025	30/06/2025	Supervisor de contrato	100%	Cumplida	
GC/15/2024	28/01/2024	Proceso de gestion contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 11	El número de RP identificado en la certificación de autorización del primer pago que reposa tanto en la plataforma SECOP II como en el Sistema GESTIONEMOS fue digitado de forma incorrecta.	Informe de auditoria interna	La persona encargada de subir la información de los contratos en Gestionemos digitó mal el número de Registro Presupuestal	Acción Correctiva	Se impartiran por parte de la supervisión lineamientos sobre el primer tramite de cuentas para minimizar posibles errores en dicho tramite.	Realizar una reunion para dar lineamientos sobre el tramite de cuentas de cobro de contratistas	1 acta de reunion con los lineamientos para el trámite de la primera cuenta, impartidos por parte de la supervisión en referencia a la correcta y oportuna radicación de cuenta de cobro de contratistas de la Dirección	1/01/2025	30/06/2025	Supervisor de contrato	100%	Cumplida	
GC/16/2024	28/01/2024	Proceso de gestion contractual- Etapa de ejecución	Observación No. 1 Numeral 13	No se evidenciaron documentos de ejecución contractual en el aplicativo GESTIONEMOS ni en el expediente digital (SICDBU) de la Orden de Compra OC-13005 de 2024	Informe de auditoria interna	El supervisor, que en este caso corresponde al Director Técnico de Prospección, Recuperación e Identificación, debía atender una serie de responsabilidades asignadas a su cargo que dificultaron que pudiera hacer el seguimiento adecuado y requerido a los documentos en la etapa de ejecución de la orden de compra en cuestión, lo que generó que no se encontraran documentos que soporten la ejecución del contrato ni los trámites de pago correspondientes en los tiempos determinados.	Acción correctiva	Realizar la designación de apoyos a la supervisión de las órdenes de compra que se adjudiquen en la vigencia 2025.	Memorandos de designación de apoyos a la supervisión.	1 memorando cada que se adjudique una Orden de Compra.	1/01/2025	30/06/2025	Subdirección Técnica Forense	100%	Cumplida	

 UBPD UNIDAD DE BUCARON		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO						PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
																AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES		
GC/17/2024	28/01/2024	Proceso de gestion contractual- Etapa de ejecución	Observacion 1	Inconsistencias, errores y/o debilidades en el trámite y/o información reportada en los documentos de ejecución contractual. (Se ratifica parcialmente) Se ratifican los numerales: 3.2; 4.1; 4.2; 6; 7; 8; 9.1; 9.2; 10; 11 y se incluye el 13.	Informe de auditoria interna	Debilidades en el ejercicio de la supervisión, necesidad de fortalecimiento y capacitación	Acción correctiva	Realizar mesas de acompañamiento para orientar de manera directa el ejercicio de la supervisión de contratos a cada una de las areas de la UBPD y a sus Regionales.	Listas de asistencia a las mesas de acompañamiento realizadas	Listas de asistencia trimestrales, realizadas mensualmente	1/01/2025	31/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida		
GC/18/2024	28/01/2024	Proceso de gestion contractual- Etapa de ejecución	Observacion 2	Posible incumplimiento en la elaboración, radicación y/o publicación de los informes de supervisión en los expedientes contractuales (SIDOBU y SECOP II); así como, debilidades en el principio de publicidad de la contratación estatal – falta de publicación de documentos de ejecución contractual en la plataforma SECOP II y/o aprobación de cuentas de cobro por personas diferentes a(la) supervisor(a) designado(a). (Se retiran como Hallazgos No. 1 y 3 y se unifican como Observación No. 2).	Informe de auditoria interna	Debilidades en el ejercicio de la supervisión, necesidad de fortalecimiento y capacitación	Acción correctiva	Realizar mesas de acompañamiento para orientar de manera directa el ejercicio de la supervisión de contratos a cada una de las areas de la UBPD y a sus Regionales.	Listas de asistencia a las mesas de acompañamiento realizadas	Listas de asistencia trimestrales, realizadas mensualmente	1/01/2025	31/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida		
GC/19/2024	28/01/2024	Proceso de gestion contractual- Etapa de ejecución	Observacion 3	Falta de soportes en los expedientes contractuales (SIDOBU) que evidencien las actividades reportadas por los contratistas en los informes de actividades y nula aplicación del 'Formato de Testigo Documental – Referencia Cruzada'. (Se retira como Hallazgo No. 2 y se traslada a Observación No. 3).	Informe de auditoria interna	Debilidades en el ejercicio de la supervisión, necesidad de fortalecimiento y capacitación	Acción correctiva	Realizar mesas de acompañamiento para orientar de manera directa el ejercicio de la supervisión de contratos a cada una de las areas de la UBPD y a sus Regionales.	Listas de asistencia a las mesas de acompañamiento realizadas	Listas de asistencia trimestrales, realizadas mensualmente	1/01/2025	31/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida		

IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
														AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GAF/20/2024	5/12/2024	Gestion Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	1. Se evidenció inoportunidad de la información reportada por el supervisor del contrato al proceso de almacén e inventarios, para el ingreso de los bienes y elementos al aplicativo establecido para tal fin.	Correctiva	Se modificará el procedimiento GAD-PR-011 Ingreso de bienes, exigiendo la factura electrónica como documento idóneo para el ingreso de los bienes al almacén en tiempo y oportunidad y el formato GAD-FT-049 V1 Acta de Recepción de Bienes a Satisfacción del 20-05-2019	1.Modificación formato GAD-FT-049 V1 Acta de Recepción de Bienes a Satisfacción del 20-05-2019 y Modificación del procedimiento GAD-PR-011 Ingreso de bienes 2.Presentación de la capacitación correspondiente al proceso de almacén e inventarios 3.Listado de enlaces de las sedes territoriales 4. Estudios previos y/o minuta del contrato 5. Reporte de activos fijos por ubicación y placa 6. Pieza comunicativa 7. Reporte de activos devolutivos 8. Cronograma e informe de toma física 9. Listado de asistencia a la sensibilización y la presentación de la capacitación 10. Listado de asistencia a la sensibilización y la presentación de la capacitación	1	2/12/2024	30/06/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACEN E INVENTARIOS	100%	Cumplida

 IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GAF/21/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	1. Se evidenció inoportunidad de la información reportada por el supervisor del control al proceso de almacén e inventarios, para el ingreso de los bienes y elementos al aplicativo establecido para tal fin.	Correctiva	Se realizará una sensibilización semestral dirigida a los servidores (supervisores) y los contratistas (apoyo a la supervisión), con el fin de socializar el procedimiento y el formato de recibo a satisfacción para el ingreso de bienes al almacén e inventarios.	Listado de asistencia a la sensibilización y la presentación de la capacitación	2	1/04/2025	30/11/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/22/2024 ELIMINADA	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	2. Se observó que los bienes que fueron entregados directamente a las territoriales en sitio, no contaban con las placas de inventario, porque el personal de almacén encargado de esta labor se encuentra ubicado en nivel central y a su vez no se tiene personal capacitado en las sedes territoriales para ejecutar las actividades propias de Almacén e inventarios para la fijación de las placas.	Correctiva	Designar un enlace responsable en cada GITT con el cual el Almacén del Nivel Central se articule para la asignación y colocación de las placas de inventario a cada uno de los bienes en territorio, así mismo se realizará la debida capacitación para ejecutar dicha labor.	Listado de enlaces de las sedes territoriales, Listado de asistencia a la sensibilización y la presentación de la capacitación	2	ELIMINADA	ELIMINADA	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	No aplica	ELIMINADA
GAF/23/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	3. Se evidenció que en la parametrización del sistema para el manejo y control de inventarios, no se contempló la necesidad de un desarrollo para atender el proceso de descentralización de los bienes de la UBPD.	Correctiva	Se incluirá en la nueva contratación del sistema para el manejo y control de inventarios - Quick Data que el contratista deberá atender en tiempo y oportunidad las parametrizaciones que surjan de las nuevas necesidades que requiera la UBPD.	Estudios previos y/o minuta del contrato	1	2/01/2025	28/02/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/24/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	3. Se evidenció que en la parametrización del sistema para el manejo y control de inventarios, no se contempló la necesidad de un desarrollo para atender el proceso de descentralización de los bienes de la UBPD.	Correctiva	Con la nueva parametrización del sistema para el manejo y control de inventarios - Quick Data realizada en el mes de agosto de 2024 y con la toma física de inventarios que se viene realizando en territorio, se está actualizando la ubicación real de los bienes, lo cual se verá reflejado en el reporte de activos fijos de la UBPD.	Reporte de activos fijos por ubicación y placa	1	5/12/2024	31/12/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/25/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	4. Se observó una falta de planeación para la ejecución de las actividades de toma física de inventarios en las dependencias y grupos internos de trabajo territorial.	Correctiva	Elaborar en el primer trimestre de la vigencia el cronograma de las tomas físicas de inventarios para las diferentes sedes territoriales y nivel central para su aprobación, y ejecución en el segundo semestre del año.	Cronograma	1	2/01/2025	31/03/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida

 IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GAF/26/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	5. Se observó la falta de calidad en el dato informado al almacén e inventarios por los supervisores de la UBPD (placa-serial) al momento de solicitar la distribución de los bienes que fueron entregados en sitio, con el fin de asignar la ubicación de cada uno de ellos en el aplicativo para el manejo control de inventarios	Correctiva	La información que sea reportada por los supervisores al almacén e inventarios de los bienes que son entregados en sitio, se validará con los enlaces designados en cada GITT y se verificará al momento de realizar la toma física de inventarios	informe de toma física y reporte de activos fijos	2	23/11/2024	31/12/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/27/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Hallazgo No. 1	No ejecución oportuna de actividades para el control de inventarios de la UBPD (recibo físico de bienes sin ingreso al sistema, bienes sin placa física, traslado de bienes sin el registro en el sistema, tomas físicas, inconsistencias de placas físicas con lo registrado, entre otras) Anexo 1.	Auditoría Interna	5. Se observó la falta de calidad en el dato informado al almacén e inventarios por los supervisores de la UBPD (placa-serial) al momento de solicitar la distribución de los bienes que fueron entregados en sitio, con el fin de asignar la ubicación de cada uno de ellos en el aplicativo para el manejo control de inventarios	Correctiva	Se realizará una sensibilización semestral dirigida a los supervisores y/o contratistas (apoyo a la supervisión), con el fin de crear conciencia acerca de la precisión e importancia de la calidad de la información en el registro de los bienes en el aplicativo para el manejo y control de inventarios.	Listado de asistencia a la sensibilización y la presentación de la capacitación	2	1/04/2025	30/11/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/28/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 1	Las bodegas y espacios de almacenamiento del GITT Bogotá y GITT Medellín se encontraron desorganizados, y con elementos sin ninguna disposición	Auditoría Interna	Se evidenció la falta de sensibilización para el aprovechamiento y optimización del espacio para el adecuado almacenamiento, salvaguarda y custodia de los bienes de la UBPD, así como la falta de designación específica de una persona en los diferentes GITT para desarrollar estas actividades, lo que compromete la eficiencia y seguridad en el manejo de los mismos	Correctiva	Revisar en las visitas técnicas del proceso de Infraestructura y/o del proceso de almacén e inventarios en las tomas físicas, la optimización y organización de los espacios destinados para el almacenamiento de los bienes de la UBPD	Informe de visita o informe de toma física	1	23/11/2024	31/12/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/29/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 1	Las bodegas y espacios de almacenamiento del GITT Bogotá y GITT Medellín se encontraron desorganizados, y con elementos sin ninguna disposición	Auditoría Interna	Se evidenció la falta de sensibilización para el aprovechamiento y optimización del espacio para el adecuado almacenamiento, salvaguarda y custodia de los bienes de la UBPD, así como la falta de designación específica de una persona en los diferentes GITT para desarrollar estas actividades, lo que compromete la eficiencia y seguridad en el manejo de los mismos	Correctiva	Realizar pieza comunicativa para crear cultura en la custodia, salvaguarda y organización de los bienes	pieza comunicativa	1	23/11/2024	31/12/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/30/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 2	Respecto de los bienes entregados a los servidores, para uso "personal" tales como morrales, bolsos de hidratación, bastones para marcha, entre otros, no se efectúan actividades de control, que permitan establecer el adecuado uso, guarda y mantenimiento de los mismos. Frente a esta observación, la SAF manifestó en su respuesta al Informe Preliminar: "Se aclara que es deber de los funcionarios públicos de la entidad salvaguardar y cuidar los bienes y elementos que se les entrega para el cumplimiento de sus funciones. Lo anterior, se encuentra fundamentado en la Ley 1952 de 2019 en los numerales 22 y 23 del artículo 38."	Auditoría Interna	Ausencia de capacitaciones y sensibilizaciones dirigidas a los servidores y/o contratistas, con el objetivo de fomentar una cultura de responsabilidad en el cuidado y conservación de los bienes asignados para ejecutar las diversas actividades en cumplimiento de la misión institucional.	Correctiva	La Subdirección de Gestión Humana incorporará en la inducción para los nuevos funcionarios la normalidad correspondiente a los deberes de todo servidor público para el cuidado, manejo y conservación de bienes	Listado de asistencia a la sensibilización y la presentación de la capacitación	2	5/12/2024	31/12/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida

 IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GAF/31/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 2	Respecto de los bienes entregados a los servidores, para uso "personal" tales como morales, boleros de hidratación, bastones para marcha, entre otros, no se efectúan actividades de control, que permitan establecer el adecuado uso, guarda y mantenimiento de los mismos. Frente a esta observación, la SAF manifestó en su respuesta al Informe Preliminar: "Se aclara que es deber de los funcionarios públicos de la entidad salvaguardar y cuidar los bienes y elementos que se les entrega para el cumplimiento de sus funciones. Lo anterior, se encuentra fundamentado en la Ley 1962 de 2019 en los numerales 22 y 23 del artículo 38. Respondo: *ARTÍCULO 38. Deberes. Son deberes de todo servidor público: (...) 22. Vigilar y salvaguardar los bienes y valores que le han sido encomendados y cuidar que sean utilizados debidamente y racionalmente, de conformidad con los fines a que han sido destinados. 23. Responder por la conservación de los útiles, avulsos, muebles y bienes."	Auditoría Interna	Ausencia de capacitaciones y sensibilizaciones dirigidas a los servidores y/o contratistas, con el objetivo de fomentar una cultura de responsabilidad en el cuidado y conservación de los bienes asignados para ejecutar las diversas actividades en cumplimiento de la misión institucional.	Correctiva	Se realizará socialización semestral para servidores y contratistas de las sedes territoriales de la responsabilidad del manejo, cuidado y seguimiento de los bienes asignados para el desarrollo de sus actividades en cumplimiento de la misión institucional.	Listado de asistencia a la sensibilización y la presentación de la capacitación	2	1/04/2025	30/11/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACÉN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/32/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 3	Respecto de los bienes adquiridos por la UBPD y entregados en comodato al INMLCF, al momento de la entrega material de los mismos por parte de los contratistas, no estuvo presente ningún servidor de la Unidad que efectuará la revisión directa de los mismos, y dicha actividad fue surtida de manera exclusiva por el INMLCF, al igual que el recibo de las capacitaciones entregadas para la operación de algunos de los equipos. De acuerdo con lo presentado en el ítem 6.2.1 la observación se mantiene, dando lugar a determinar plan de mejoramiento.	Auditoría Interna	El personal técnico que cuenta con la competencia y el conocimiento frente a la operación, manejo y funcionamiento de los equipos adquiridos por la UBPD se encuentra vinculado al INMLCF, además estas personas poseen la experiencia requerida y serían los encargados de manipular los equipos. Por lo tanto, se acordó que las actividades de entrega, instalación, puesta en marcha y pruebas de funcionamiento las desarrollara estuvieran a cargo del INMLCF, así como la elaboración y firma del respectivo recibo a satisfacción.	Correctiva	Designar apoyos a la supervisión en las Regionales de la UBPD con presencia en las ciudades donde se encuentran los equipos adquiridos y entregados por la UBPD al INMLCF.	Memorandos con la designación de apoyo a la supervisión	1	5/12/2024	31/12/2024	Subdirección Técnica Forense	100%	Cumplida
GAF/33/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 3	Respecto de los bienes adquiridos por la UBPD y entregados en comodato al INMLCF, al momento de la entrega material de los mismos por parte de los contratistas, no estuvo presente ningún servidor de la Unidad que efectuará la revisión directa de los mismos, y dicha actividad fue surtida de manera exclusiva por el INMLCF, al igual que el recibo de las capacitaciones entregadas para la operación de algunos de los equipos. De acuerdo con lo presentado en el ítem 6.2.1 la observación se mantiene, dando lugar a determinar plan de mejoramiento.	Auditoría Interna	El personal técnico que cuenta con la competencia y el conocimiento frente a la operación, manejo y funcionamiento de los equipos adquiridos por la UBPD se encuentra vinculado al INMLCF, además estas personas poseen la experiencia requerida y serían los encargados de manipular los equipos. Por lo tanto, se acordó que las actividades de entrega, instalación, puesta en marcha y pruebas de funcionamiento las desarrollara estuvieran a cargo del INMLCF, así como la elaboración y firma del respectivo recibo a satisfacción.	Correctiva	Realizar la verificación del estado de los equipos, confirmar las condiciones de su instalación, puesta en marcha y funcionamiento a través de los apoyos a la supervisión y levantar acta de cada una de las visitas realizadas.	Cronograma de visitas y actas de verificación de los equipos	1	5/12/2024	31/12/2025	Subdirección Técnica Forense	100%	Cumplida
GAF/34/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 4	Las actividades de supervisión del Contrato de Comodato No. 277-2024, no han comprendido de manera rigurosa el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico, que corresponde efectuar.	Auditoría Interna	Necesidad de fortalecer la labor de supervisión del Contrato de Comodato 277-2024 a través de la participación de las áreas con el conocimiento técnico en uso de los equipos adquiridos y entregados al INMLCF.	Preventiva	Implementar y realizar la supervisión compartida con las áreas técnicas involucradas: Subdirección de Gestión de Información, OTIC y DTPRI Conformar el Mesa Interna de Trabajo de seguimiento al Comodato 277 con la participación de SGI, Jurídica, OTIC, DTPRI y SAF	Memorando con la designación de la supervisión compartida con las áreas que se requieren para fortalecer la supervisión Acta que da cuenta de la conformación de la Mesa Interna de Trabajo de seguimiento al Comodato 277 con la participación de SGI, Jurídica, OTIC, DTPRI y SAF	1	5/12/2024	31/12/2025	Subdirección General Técnica Y Territorial	100%	Cumplida
GAF/35/2024	5/12/2024	Gestión Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 4	Las actividades de supervisión del Contrato de Comodato No. 277-2024, no han comprendido de manera rigurosa el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable y jurídico, que corresponde efectuar.	Auditoría Interna	Necesidad de fortalecer la labor de supervisión del Contrato de Comodato 277 con la participación de las áreas con el conocimiento técnico en uso de los equipos adquiridos y entregados al INMLCF.	Preventiva	Conformar el Mesa Interna de Trabajo de seguimiento al Comodato 277 con la participación de Subdirección de Gestión de Información, Equipo Interno de Trabajo de Contratos, OTIC, DTPRI y SAF	Acta que da cuenta de la conformación de la Mesa Interna de Trabajo de seguimiento al Comodato 277 con la participación de SGI, Jurídica, OTIC, DTPRI y SAF	1	5/12/2024	31/12/2025	Subdirección General Técnica Y Territorial	100%	Cumplida

IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO						PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
														AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GAF/36/2024	5/12/2024	Gestion Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 5	No se observa exactitud, completitud, consistencia y credibilidad (principios de Calidad del Dato) en algunos registros de la base de datos del sistema informático "QuickData" y suministrada por la SAF en el marco del presente ejercicio de auditoría interna con corte al 30 de junio de 2024. Así las cosas y teniendo en cuenta que las situaciones que fueron observadas bajo una muestra del universo de bienes, al mantenerse podrían generar una materialización del riesgo GAD-001 "Gestión inoportuna en el control y manejo de los bienes de la UBPD", generando consecuencias de impacto económico y legal (por las posibles implicaciones legales, disciplinarias y fiscales), así como la toma de decisiones erróneas basadas en información incorrecta, la posible sobrestimación o subestimación del stock e ineficiencia operativa.	Auditoría Interna	Se evidenció que la parametrización inicial de aplicativo para el manejo y control de bienes "QuickData", no consideraba la descentralización de los bienes de la UBPD para actualizar su ubicación. Así mismo, se observó la falta de calidad y precisión de la información reportada por los supervisores y dependencias con relación a las redistribuciones de los bienes a su cargo los cuales no fueron informados en tiempo y oportunidad al almacén e inventarios.	Correctiva	Se incluirá en la nueva contratación del sistema para el manejo y control de inventarios - Quick Data que el contratista deberá atender en tiempo y oportunidad las parametrizaciones que surja de las nuevas necesidades que requiera la UBPD.	Estudios previos y/o minuta del contrato	1	2/01/2025	28/02/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACEN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/37/2024	5/12/2024	Gestion Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 5	No se observa exactitud, completitud, consistencia y credibilidad (principios de Calidad del Dato) en algunos registros de la base de datos del sistema informático "QuickData" y suministrada por la SAF en el marco del presente ejercicio de auditoría interna con corte al 30 de junio de 2024. Así las cosas y teniendo en cuenta que las situaciones que fueron observadas bajo una muestra del universo de bienes, al mantenerse podrían generar una materialización del riesgo GAD-001 "Gestión inoportuna en el control y manejo de los bienes de la UBPD", generando consecuencias de impacto económico y legal (por las posibles implicaciones legales, disciplinarias y fiscales), así como la toma de decisiones erróneas basadas en información incorrecta, la posible sobrestimación o subestimación del stock e ineficiencia operativa.	Auditoría Interna	Se evidenció que la parametrización inicial de aplicativo para el manejo y control de bienes "QuickData", no consideraba la descentralización de los bienes de la UBPD para actualizar su ubicación. Así mismo, se observó la falta de calidad y precisión de la información reportada por los supervisores y dependencias con relación a las redistribuciones de los bienes a su cargo los cuales no fueron informados en tiempo y oportunidad al almacén e inventarios.	Correctiva	Con la toma física de inventarios que se viene realizando en territorio, se está actualizado la ubicación real de los bienes, lo cual se verá reflejado en el reporte de activos fijos de la UBPD.	Reporte de Activos fijos	1	23/11/2024	31/12/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACEN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
GAF/38/2024	5/12/2024	Gestion Administrativa y Financiera / Almacén e Inventarios	Observación No. 5	No se observa exactitud, completitud, consistencia y credibilidad (principios de Calidad del Dato) en algunos registros de la base de datos del sistema informático "QuickData" y suministrada por la SAF en el marco del presente ejercicio de auditoría interna con corte al 30 de junio de 2024. Así las cosas y teniendo en cuenta que las situaciones que fueron observadas bajo una muestra del universo de bienes, al mantenerse podrían generar una materialización del riesgo GAD-001 "Gestión inoportuna en el control y manejo de los bienes de la UBPD", generando consecuencias de impacto económico y legal (por las posibles implicaciones legales, disciplinarias y fiscales), así como la toma de decisiones erróneas basadas en información incorrecta, la posible sobrestimación o subestimación del stock e ineficiencia operativa.	Auditoría Interna	Se evidenció que la parametrización inicial de aplicativo para el manejo y control de bienes "QuickData", no consideraba la descentralización de los bienes de la UBPD para actualizar su ubicación. Así mismo, se observó la falta de calidad y precisión de la información reportada por los supervisores y dependencias con relación a las redistribuciones de los bienes a su cargo los cuales no fueron informados en tiempo y oportunidad al almacén e inventarios.	Correctiva	Se elaborarán piezas comunicativas para la socialización a los servidores y/o contratistas, con el fin de que reporten oportunamente las novedades que se presenten con los bienes a cargo y se reforzará recordando la normatividad correspondiente a los deberes de todo servidor público para el cuidado, manejo y conservación de bienes	Pieza comunicativa	1	23/11/2024	31/12/2025	SERVIDOR ENCARGADO ALMACEN E INVENTARIOS	100%	Cumplida
SIM/39/2025	7/1/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Hallazgo No. 1	H1: Componente No. 8: Seguridad, Subcomponente Inventario de Usuarios Uso de Usuarios Genéricos con Privilegios Elevados	Informe de auditoría interna	Los usuarios funcionales en su momento no indicaron quienes eran los custodios de la información migrada para conceder los permisos requeridos, por lo que hubo que hacer uso de los usuarios genericos y estos no fueron inactivados.	Correctiva	Inactivar los usuarios genericos con privilegios elevados en el sistema	1 Inactivación de 4 usuarios	Inmediato	1/01/2025	30/03/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida
SIM/40/2025	7/1/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Hallazgo No. 1	H1: Componente No. 8: Seguridad, Subcomponente Inventario de Usuarios Uso de Usuarios Genéricos con Privilegios Elevados	Informe de auditoría interna	Los usuarios funcionales en su momento no indicaron quienes eran los custodios de la información migrada para conceder los permisos requeridos, por lo que hubo que hacer uso de los usuarios genericos y estos no fueron inactivados.	Preventivo	Actuación en la Política General de Seguridad de Información	2 Informes de Seguimientos Trimestrales de Seguridad Digital y de la Información. (Ocholeto)	Trimestral	1/01/2025	12/09/2025	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	100%	Cumplida

 IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
SIM/41/2025	7/1/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Hallazgo No. 2	H2: Componente No. 8: Seguridad, Subcomponente de Vulnerabilidades de Aplicación. Situación No. 1: Inadecuada Gestión de Vulnerabilidades en el Sistema de Información Misional Busquemos Situación No. 2 Bypass de Autenticación.	Informe de auditoría interna	Fue necesario conceder todos los permisos a los usuarios para asegurar que realizaron a satisfacción todas la actividades del curso, por lo que no se reajastaron los permisos posteriormente a la terminación del curso.	Correctiva	Entregar inventario de usuarios Busquemos con roles y permisos actualizado y verificado	1 Informe de inventario	Trimestral	1/01/2025	30/03/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida
SIM/42/2025	7/1/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Hallazgo No. 2	H2: Componente No. 8: Seguridad, Subcomponente de Vulnerabilidades de Aplicación. Situación No. 1: Inadecuada Gestión de Vulnerabilidades en el Sistema de Información Misional Busquemos Situación No. 2 Bypass de Autenticación.	Informe de auditoría interna	Fue necesario conceder todos los permisos a los usuarios para asegurar que realizaron a satisfacción todas la actividades del curso, por lo que no se reajastaron los permisos posteriormente a la terminación del curso.	Preventivo	Realizar un seguimiento constante para validar que los usuarios no cuenten con roles, perfiles y permisos, por lo tanto, es necesario Ajustar los Seguentimientos de Seguridad Digital y de la Información. (Obsoleto) Aplicar un control mensual a los usuarios con perfiles elevados, según información que reporten los procesos. (Vigente)	2 Informes de Seguentimientos Trimestrales de Seguridad Digital y de la Información. (Obsoleto) Propuesta de lineamiento para la administración, creación, uso y monitoreo de cuentas institucionales y sus respectivos permisos en sistemas de información de la Unidad. (Vigente)	Mensual	1/01/2025	19/12/2025	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	100%	Cumplida
SIM/43/2025	7/1/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Observación No.	O1: Componente No. 1 Organización del Proyecto, Subcomponente de Documentos que soportan el desarrollo de las actividades planeadas. "si bien se observó el cumplimiento de la obligación, es importante mencionar que, no se evidenció un proceso de certificación formal de las migraciones y/o cargues masivos solicitadas desde la supervisión al contratista." Subcomponente En relación con el despliegue Informe de estabilización y lecciones aprendidas. "la evidencia de la resolución de los inconvenientes es la certificación de los cargues masivos y/o migraciones, que evidencian la aceptación por parte del nivel funcional, situación no observada."	Informe de auditoría interna	No existió un documento a nivel técnico y funcional que, permitiera validar la migración de datos.	Preventivo	Creación del formato de certificación de migración de datos, publicado en el SIG y socializado a las partes interesadas. (Obsoleto) Implementación de planes de remediación para la actualización, migración, completitud y mejora de calidad de dato. (Vigente)	1 Formato de certificación de migración, publicado y socializado. (Obsoleto) Planes de remediación documentados (Vigente)	Trimestral	1/01/2025	19/12/2025	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	100%	Cumplida
SIM/44/2025	07/01/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Observación No.	O2: Subcomponente Modelo entidad relación del almacenamiento de los datos desde las fuentes secundarias seleccionadas. "el auditado ubico una hoja de cálculo denominada "Diccionario_BD_Busquemos" con la información de las entidades (tablas), atributos (campos) y otros datos, asimismo de las relaciones de cada una de las tablas, sin embargo, no se observó el nivel de cardinalidad de cada una de las relaciones."	Informe de auditoría interna	Desde el inicio del contrato no se esperaba que la Base de Datos tuviera un tamaño de 1500 tablas, por lo tanto, el MER grafico entregado no es funcional y el instrumento equivalente no cumple con todas las características del MER.	Correctivo	Entregar un documento MER que permita evidenciar los niveles de cardinalidad entre las tablas de la Busquemos	1 documento MER	Trimestral	1/01/2025	30/07/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida
SIM/45/2025	07/01/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Observación No.	O2: Subcomponente Modelo entidad relación del almacenamiento de los datos desde las fuentes secundarias seleccionadas. "el auditado ubico una hoja de cálculo denominada "Diccionario_BD_Busquemos" con la información de las entidades (tablas), atributos (campos) y otros datos, asimismo de las relaciones de cada una de las tablas, sin embargo, no se observó el nivel de cardinalidad de cada una de las relaciones." Subcomponente Modelo lógico y físico de los servicios de integración. "la información aportada por el auditado, en respuesta al informe	Informe de auditoría interna	Desde el inicio del contrato no se esperaba que la Base de Datos tuviera un tamaño de 1500 tablas, por lo tanto, el MER grafico entregado no es funcional y el instrumento equivalente no cumple con todas las características del MER.	Preventivo	Definir documentalmente las actividades y controles, para que los nuevos desarrollos de bases de datos se encuentren debidamente documentados con el MER completo y detallado, que soportaran los sistemas de información desarrollados y puesto al servicio de la Unidad. (Obsoleto) Implementar la elaboración de un reporte que documente el MER al cierre de la vigencia. (Vigente)	1 documento / reporte	Trimestral	1/01/2025	15/12/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	100%	Cumplida

 IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
SIM/56/2025	07/01/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Observación No.	Situación No. 1 PRY-07 Implementar la fase No. 5 del sistema de información misional de la UBPD cubriendo el módulo transversal de inteligencia de negocio: la situación que origina la observación es la diferencia entre la información presentada por el auditado y la publicada en el Sistema Integrado de Gestión SIG, por lo que el PETI 2021-2024 vigente no es oportuno.	Informe de auditoría interna	No se actualizó el PETI 2019 - 2024 en el SIG	Correctivo	1 Actualizar y publicar en la página web el PETI 2019-2024	1 documento publicado	Semestral	1/01/2025	15/12/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida
SIM/57/2025	07/01/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Observación No.	Situación No. 1 PRY-07 Implementar la fase No. 5 del sistema de información misional de la UBPD cubriendo el módulo transversal de inteligencia de negocio: la situación que origina la observación es la diferencia entre la información presentada por el auditado y la publicada en el Sistema Integrado de Gestión SIG, por lo que el PETI 2021-2024 vigente no es oportuno.	Informe de auditoría interna	No se actualizó el PETI 2019 - 2024 en el SIG	Preventivo	Publicar el PETI 2025-2028 en el SIG y en la página web	1 documento publicado	Semestral	1/01/2025	15/05/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	50%	Abierta con Avance
SIM/58/2025	07/01/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Observación No.	012: Componente Organización del Proyecto. Subcomponente Metodologías si bien se observó el recibo a satisfacción de la metodología a través del formato "GCO-FT-023 Certificación de Cumplimiento y Recibo a Satisfacción", por otro lado, y de acuerdo con la respuesta dada por la OTIC, donde, en el numeral 2 se resumen los hechos ocurridos en el marco del Contrato No. 0181-2021, la OCI no observó la justificación del (por qué la OTIC no hizo uso del procedimiento o del como la "metodología evolutive" se articuló con los procedimientos internos? donde, tal como lo informó la OCI Observación No. 1. La Política 3.21 Control para el Trabajo Seguro a Distancia o en casa" del documento "GTI-MN-002 Manual de Seguridad de la Información", determina los lineamientos de autorización de los equipos personales para el trabajo seguro a distancia o en casa, los cuales deben ser autorizados por parte de la Oficina de Tecnologías de la Información y las comunicaciones. En la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno, para validar su cumplimiento, se revisó la información proporcionada por la Subdirección de Gestión Humana y OTIC, sin embargo, dicha información no evidenció como la OTIC autorizó los equipos personales de los funcionarios que trabajaron fuera de las instalaciones de la Unidad durante la vigencia 2024. Por lo tanto es necesario establecer una política clara que defina la obligatoriedad del uso del equipo institucional asignado para aquellos casos en los que los funcionarios deban trabajar fuera de las instalaciones de la entidad. En caso de no ser posible utilizar el equipo institucional, el funcionario deberá informar con antelación que utilizará un equipo personal, para que la Oficina de Sistemas pueda realizar las revisiones pertinentes y asegurar el cumplimiento de las normativas de seguridad y uso adecuado de los recursos tecnológicos."	Informe de auditoría interna	No se utilizaron los procedimientos internos como marcos de referencia y como metodologías para el desarrollo de sistemas de información puestos al servicio de la Unidad.	Preventivo	Definir documentalmente la estrategia, las actividades y los controles para que, en futuros proyectos de desarrollo de software incluir en los documentos contractuales, establecidos y/o en anexos técnicos dar cumplimiento a los marcos procedimentales de la OTIC en especial de las metodologías evolutivas.	1 documento	Semestral	1/01/2025	15/12/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cerrada
SSI/59/2025	13/1/2025	Auditoría al Sistema de Seguridad de la Información	Observación No. 1 Observación No. 2	Observación No. 1: La Política 3.21 Control para el Trabajo Seguro a Distancia o en casa" del documento "GTI-MN-002 Manual de Seguridad de la Información", determina los lineamientos de autorización de los equipos personales para el trabajo seguro a distancia o en casa, los cuales deben ser autorizados por parte de la Oficina de Tecnologías de la Información y las comunicaciones. En la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno, para validar su cumplimiento, se revisó la información proporcionada por la Subdirección de Gestión Humana y OTIC, sin embargo, dicha información no evidenció como la OTIC autorizó los equipos personales de los funcionarios que trabajaron fuera de las instalaciones de la Unidad durante la vigencia 2024. Por lo tanto es necesario establecer una política clara que defina la obligatoriedad del uso del equipo institucional asignado para aquellos casos en los que los funcionarios deban trabajar fuera de las instalaciones de la entidad. En caso de no ser posible utilizar el equipo institucional, el funcionario deberá informar con antelación que utilizará un equipo personal, para que la Oficina de Sistemas pueda realizar las revisiones pertinentes y asegurar el cumplimiento de las normativas de seguridad y uso adecuado de los recursos tecnológicos."	Auditoría Interna	Falta de claridad en los lineamientos del Manual de Seguridad de la Información respecto a los controles, roles y responsabilidades en el uso de equipos personales para el trabajo seguro a distancia o fuera de sede.	Correctiva	Actualizar los lineamientos del Manual de Seguridad de la Información respecto a los controles, roles y responsabilidades en el uso de equipos personales para el trabajo seguro a distancia o fuera de sede. Nota: las responsabilidades asignadas en el manual a esta y a otras áreas respecto a los demás lineamientos, serán revisadas y ajustadas de manera concertada en el marco del Plan de Trabajo de Seguridad de la Información.	Manual actualizado	1	11/02/2025	29/08/2025	Oficial de Seguridad de la Información	0%	Vencida sin Avance
SSI/60/2025	13/1/2025	Auditoría al Sistema de Seguridad de la Información	Observación No. 3	Observación No. 3: Al final del ejercicio preliminar de auditoría interna, los auditados presentaron la "Matriz de Roles y Permisos" actualizada (tras la reunión de presentación de resultados preliminares realizada el 19 de diciembre de 2024) es importante que exista articulación entre el OSI, la OTIC y otras dependencias, tal como lo indica la Resolución No. 1209 de 2023, Artículo No. 2, Función del OSI No. 3: "Determinar conjuntamente con los líderes de los procesos de la UBPD, los servidores(as) y contratistas que contarán con permisos de acceso a los sistemas de información, así como la modificación de privilegios u otros materiales que impacten la seguridad de la información".	Auditoría Interna	Ausencia de lineamientos documentados en la Guía de Gestión de Usuarios para la articulación entre el OSI, la OTIC y otras dependencias en la actualización periódica de la matriz de roles y perfiles.	Correctiva	Actualizar la matriz de roles y perfiles	Matriz actualizada	1	11/02/2025	28/02/2025	Oficial de Seguridad de la Información	0%	Vencida sin Avance

 IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
SSI61/2025	13/1/2025	Auditoría al Sistema de Seguridad de la Información	Observación No. 3	Observación No. 3. Al final del ejercicio preliminar de auditoría interna, los auditados presentaron la "Matriz de Roles y Permisos" actualizada (tras la reunión de presentación de resultados preliminares realizada el 19 de diciembre de 2024) es importante que exista articulación entre el OSI, la OTIC y otras dependencias, tal como lo indica la Resolución No. 1289 de 2023, Artículo No. 2, Función del OSI No. 3. "Determinar conjuntamente con los líderes de los procesos de la UBPD, los servidores(as) y contratistas que contarán con permisos de acceso a los sistemas de información, así como la modificación de privilegios u otras materias que impacten la seguridad de la información".	Auditoría Interna	Ausencia de lineamientos documentados en la Guía de Gestión de Usuarios para la articulación entre el OSI, la OTIC y otras dependencias en la actualización periódica de la matriz de roles y perfiles.	Correctiva	Actualizar la Guía de Gestión de Usuarios incorporando la revisión trimestral de los roles y perfiles.	Guía actualizada	1	11/02/2025	27/06/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	90%	Vencida con Avance
SSI62/2025	13/1/2025	Auditoría al Sistema de Seguridad de la Información	Observación No. 3	Observación No. 3. Al final del ejercicio preliminar de auditoría interna, los auditados presentaron la "Matriz de Roles y Permisos" actualizada (tras la reunión de presentación de resultados preliminares realizada el 19 de diciembre de 2024) es importante que exista articulación entre el OSI, la OTIC y otras dependencias, tal como lo indica la Resolución No. 1289 de 2023, Artículo No. 2, Función del OSI No. 3. "Determinar conjuntamente con los líderes de los procesos de la UBPD, los servidores(as) y contratistas que contarán con permisos de acceso a los sistemas de información, así como la modificación de privilegios u otras materias que impacten la seguridad de la información".	Auditoría Interna	Ausencia de lineamientos documentados en la Guía de Gestión de Usuarios para la articulación entre el OSI, la OTIC y otras dependencias en la actualización periódica de la matriz de roles y perfiles.	Preventiva	Coordinar la revisión trimestral de la matriz de roles y perfiles con la OTIC y las demás dependencias involucradas.	Informe trimestral	3	7/03/2025	5/09/2025	Oficial de Seguridad de la Información	0%	Vencida sin Avance
SSI63/2025	17/1/2025	Riesgo de Seguridad de la Información	Situación Presentada	Pérdida del documento físico del Informe de investigación para el abordaje de sitios de interés forense en comentarios (Informe narrativo sobre hipótesis y hallazgo del caso)	Matriz de riesgo institucional	Desconocimiento de los lineamientos para el manejo de la documentación impresa y posibles fragmentaciones de los mismos.	Correctiva	Validar la criticidad de los activos de información asociados al riesgo de información misional impresa con los GITT. (Obsoleto) Validar la criticidad de los activos de información asociados al riesgo de información misional impresa con los GITR y GITT. (Vigente y ajustada el 07/11/2025)	Documento de la Matriz de activos de información actualizada (Obsoleto) Matriz de riesgos de seguridad de la información (Vigente y ajustada el 07/11/2025)	1	11/02/2025	31/07/2026	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria Oficial de Seguridad de la información	50%	Abierta con Avance
SSI64/2025	17/1/2025	Riesgo de Seguridad de la Información	Situación Presentada	Pérdida del documento físico del Informe de investigación para el abordaje de sitios de interés forense en comentarios (Informe narrativo sobre hipótesis y hallazgo del caso)	Matriz de riesgo institucional	Desconocimiento de los lineamientos para el manejo de la documentación impresa y posibles fragmentaciones de los mismos.	Correctiva	Fortalecer la documentación relacionada con los lineamientos para el manejo de la información misional impresa: Manual de Seguridad de la Información, Manual para el Manejo de Información Pública Clasificada y Pública Reservada y memorandos de la Subdirección General Técnica y Territorial. (Obsoleto) Realizar un diagnóstico e identificación de los controles y acciones de monitoreo establecidos en los documentos vigentes asociados al manejo de información impresa, con el propósito de orientar la actualización de los documentos institucionales, tales como el GTI-MN-002 Manual de Seguridad de la Información, la GTI-PC-00X Política de Gobierno Digital, y la construcción del anexo al GAD-MN-001 Manual para el Manejo de Información Pública Clasificada y Pública Reservada sobre Depuración Documental Misional. Esta actualización deberá abordar la necesidad de incorporar acciones medibles de control, definición de responsabilidades, así como medidas de custodia y seguimiento de la información en soporte analógico. (Vigente y ajustada el 07/11/2025)	Documentos con lineamientos ajustados y aprobados (Obsoleto) Documentos actualizados frente a los criterios abordados y anexo en lo relacionado con los controles, acciones de seguimiento y medidas de custodia de la información en soporte analógico. (Vigente y ajustada el 07/11/2025)	3 (Obsoleto) 4 (Vigente y actualizada el 07/11/2025)	11/02/2025	31/08/2026	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria Oficial de Seguridad de la información Subdirección de Gestión Administrativa Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	45%	Abierta con Avance

		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
														AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES
SIM46/2025	07/01/2025	SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL SIM BUSQUEMOS	Observación No. 3	OS. Subcomponente No. 5.4.2. Motor de Base de Datos Como parte de las pruebas realizadas por la OCI, la OTIC dio acceso controlado (en ambiente de pruebas) a la base de datos denominada como "PRD_BUSQUEMOS" (Base de datos productiva del SIM Busquemos), la cual se encuentra compuesta por 1515 tablas y 114 vistas, donde, se observó que hay tablas nombradas con longitudes entre 2 caracteres (por ejemplo: "f") y 123 caracteres (por ejemplo: "contenido_recuperacion_registro_actividad_area_interes_localizacion_sitio_p_resumen_cuerpo_traslado_investigamiento_evidencia") caracteres. Riesgo(s): Una base de datos con una gran cantidad de tablas y nombres extensos puede generar una serie de inconvenientes que afectan tanto a la eficiencia como a la mantenibilidad del sistema.	Informe de auditoría interna	No se exigió al contratista un número ideal de tablas para que el MER fuera eficiente y reutilizable, no existieron actividades de control en el desarrollo de la base de datos del SIM Busquemos.	Preventivo	Documentar, actualizar, publicar y socializar a las partes interesadas, los procedimientos de Desarrollo de Software la OTIC para evitar que a futuro se vuelva a presentar esta situación, que tengan una actividad y control en caminata a la optimización de las bases de datos desarrolladas y suministradas por los contratistas o por servidores. (Obsoleta) La guía de Desarrollo de Software, bajo la responsabilidad de la OTIC, está siendo actualizada. En este sentido, se propone incluir un control en el plan de mejoramiento que permita documentar el progreso en la elaboración de dicho documento. Este control continuará siendo liderado por la OTIC, pero las prácticas de desarrollo serán adoptadas por el SIM. (Revisar OTIC)	1 documento, actualizado, publicado y socializado	Trimestral	1/01/2025	06/04/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	80%	Abierta con Avance
SSI65/2025	17/11/2025	Riesgo de Seguridad de la Información	Situación Presentada	Pérdida del documento físico del Informe de investigación para el abordaje de sitios de interés forense en cementerios (Informe narrativo sobre hipótesis y hallazgo del caso)	Matriz de riesgo institucional	Desconocimiento de los lineamientos para el manejo de la documentación impresa y posibles fragmentaciones de los mismos.	Correctiva	Socializar los lineamientos para el manejo de la información misional impresa. (Obsoleta) Definir e implementar la metodología para socializar los documentos actualizados previamente para el manejo de la información Misional impresa. (Vigente y ajustada el 07/11/2025)	Grabaciones de las sesiones y correos electrónicos. (Obsoleta)	9	2/09/2025	30/10/2026	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	50%	Abierta con Avance
SSI66/2025	17/11/2025	Riesgo de Seguridad de la Información	Situación Presentada	Pérdida del documento físico del Informe de investigación para el abordaje de sitios de interés forense en cementerios (Informe narrativo sobre hipótesis y hallazgo del caso)	Matriz de riesgo institucional	Desconocimiento de los lineamientos para el manejo de la documentación impresa y posibles fragmentaciones de los mismos.	Correctiva	Implementar los controles asociados a la información misional impresa. (Obsoleta) Diseñar herramienta para el reporte de impresión de los documentos calificados como clasificados y reservados impresos por la SOTT y sus dependencias (Vigente y ajustada 07/11/2025)	Informe de seguimiento a los controles definidos. (Obsoleta)	1	5/11/2025	31/07/2026	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	75%	Abierta con Avance
SSI67/2025	17/11/2025	Riesgo de Seguridad de la Información	Situación Presentada	Pérdida del documento físico del Informe de investigación para el abordaje de sitios de interés forense en cementerios (Informe narrativo sobre hipótesis y hallazgo del caso)	Matriz de riesgo institucional	Desconocimiento de los lineamientos para el manejo de la documentación impresa y posibles fragmentaciones de los mismos.	Correctiva	Actualizar la matriz de riesgos de Seguridad de la Información. (Obsoleta) Implementar herramienta a través de reportes de impresión los documentos calificados como clasificados y reservados impresos por las Dependencias Misionales. (Vigente y ajustada 07/11/2025)	Documento de Matriz de riesgos de SI actualizada (Obsoleta)	4	20/02/2026	10/12/2026	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria Subdirección General Técnica y Territorial	30%	Abierta con Avance

		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
															AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
															% TOTAL PM	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO			
GAD/72/2025	16/10/2025	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - LOGÍSTICA	Hallazgo No. 1	Debilidades en la implementación de controles y documentación de registros del procedimiento Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos, versión 3- vigencia 2024 y el Manual de Logística de junio 2022. b) Revisadas las novedades 001, 002, 003 y 004 se observó que se encuentran registradas en el formato GLO-FT-006 Autorización de Novedades, definido en el Manual de Logística 2022, aun cuando para la vigencia 2024 en el Procedimiento Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos" código GAD-PR-010, versión 003 del 9 de mayo de 2024, actividad 6 se define "Diligencia en el formato Autorización de Novedades GAD-FT-042 todas las novedades que requiere el evento, especificando cantidades finales de cada servicio". Aunque se aportaron las novedades generadas para el evento 551, se evidenciaron debilidades de control frente a la verificación del formato requerido para la gestión de novedades, por cuanto no se generó devolución o solicitud de ajuste que diera cumplimiento a los lineamientos definidos por el proceso.	Auditoría Interna	Ausencia de controles documentados en el procedimiento para un correcto seguimiento y revisión del formato de autorización de novedades.	Acción correctiva	Actualización del procedimiento GAD-PR-010 Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos fortaleciendo puntos de control para la revisión y trámite de novedades, legalización, prefectura y el registro de información en la matriz de seguimiento de eventos.	Procedimiento actualizado y publicado en el SIG	1	16/10/2025	28/02/2026	Subdirección de Gestión Financiera Supervisor de Contrato de Operador Logístico	100%	Cumplida	
GAD/73/2025	16/10/2025	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - LOGÍSTICA	Hallazgo No. 1	Debilidades en la implementación de controles y documentación de registros del procedimiento Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos, versión 3- vigencia 2024 y el Manual de Logística de junio 2022. c) Respecto del seguimiento a la ejecución de servicios logísticos y coordinación en terreno, no se aportó registro GAD-FT-043 Matriz de seguimiento eventos Operador Logístico, que da cuenta del seguimiento efectuado de acuerdo con la actividad 8 descrita en el procedimiento, en la cual se establece "Realiza acompañamiento, coordinación y supervisión de la operación logística de la totalidad de los eventos solicitados y asistencia en terreno cuando la demanda de servicios logísticos lo requiera, atendiendo las novedades y/o modificaciones que se puedan presentar", la no aplicación de esta actividad denota debilidades respecto al control del evento, por cuanto.	Auditoría Interna	Ausencia de un punto de control en el procedimiento GAD-PR-010 Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos que de cuenta de las novedades que se presenta en el marco de los eventos en la matriz de seguimiento GAD-FT-043- Matriz de seguimiento eventos operador	Acción correctiva	Actualización del procedimiento GAD-PR-010 Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos fortaleciendo puntos de control para la revisión y trámite de novedades, legalización, prefectura y el registro de información en la matriz de seguimiento de eventos.	Procedimiento actualizado y publicado en el SIG	1	16/10/2025	28/02/2026	Subdirección de Gestión Financiera Supervisor de Contrato de Operador Logístico	100%	Cumplida	
GAD/74/2025	16/10/2025	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - LOGÍSTICA	Hallazgo No. 1	Debilidades en la implementación de controles y documentación de registros del procedimiento Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos, versión 3- vigencia 2024 y el Manual de Logística de junio 2022. d) Por otro lado, en relación con el cierre del evento y la verificación de la entrega de los servicios, se observó que, el acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios de fecha 24 al 26 de Julio de 2024, se remitió vía correo electrónico al buzón logistica@unidadesaparecico.gov.co el día 12 de octubre de 2024, incumpliendo el término establecido en la actividad No. 10, que indica que "el Acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios deberá enviarse hasta tres (3) días hábiles posteriores a la realización del evento, vía correo electrónico al correo logistica@unidadesaparecico.gov.co". e) Frente a la verificación de la prefectura, actividad 12 definida en el procedimiento que establece "verifica los documentos de solicitud de evento, ejecución de proveedores y el Acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios, cotejando dicha información con las fuentes de verificación entregadas por el operador logístico", se observó en la prueba de recorrido efectuada el 16 de mayo que aunque se evidenciaron errores en fechas contenidas en la prefectura, no se aportan evidencias de solicitud de ajustes a la misma, incumpliendo lo descrito en el procedimiento, lo anterior denota debilidades en la ejecución del punto de control definido en la actividad 12.	Auditoría Interna	Ausencia de controles documentados en el procedimiento para un correcto seguimiento y revisión del formato de acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios y las prefecturas.	Acción correctiva	Actualización del procedimiento GAD-PR-010 Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos fortaleciendo puntos de control para la revisión y trámite de novedades, legalización, prefectura y el registro de información en la matriz de seguimiento de eventos.	Procedimiento actualizado y publicado en el SIG	1	16/10/2025	28/02/2026	Subdirección de Gestión Financiera Supervisor de Contrato de Operador Logístico	100%	Cumplida	
GAD/75/2025	16/10/2025	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - LOGÍSTICA	Hallazgo No. 1	Debilidades en la implementación de controles y documentación de registros del procedimiento Solicitud, ejecución y legalización de la operación logística de eventos, versión 3- vigencia 2024 y el Manual de Logística de junio 2022. d) Por otro lado, en relación con el cierre del evento y la verificación de la entrega de los servicios, se observó que, el acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios de fecha 24 al 26 de Julio de 2024, se remitió vía correo electrónico al buzón logistica@unidadesaparecico.gov.co el día 12 de octubre de 2024, incumpliendo el término establecido en la actividad No. 10, que indica que "el Acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios deberá enviarse hasta tres (3) días hábiles posteriores a la realización del evento, vía correo electrónico al correo logistica@unidadesaparecico.gov.co". e) Frente a la verificación de la prefectura, actividad 12 definida en el procedimiento que establece "verifica los documentos de solicitud de evento, ejecución de proveedores y el Acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios, cotejando dicha información con las fuentes de verificación entregadas por el operador logístico", se observó en la prueba de recorrido efectuada el 16 de mayo que aunque se evidenciaron errores en fechas contenidas en la prefectura, no se aportan evidencias de solicitud de ajustes a la misma, incumpliendo lo descrito en el procedimiento, lo anterior denota debilidades en la ejecución del punto de control definido en la actividad 12.	Auditoría Interna	Ausencia de controles documentados en el procedimiento para un correcto seguimiento y revisión del formato de acta de recibido de bienes, elementos y/o servicios y las prefecturas.	Acción correctiva	Realizar jornadas de socialización con las áreas y/o dependencias solicitantes frente al procedimiento de logística, los tiempos establecidos para el trámite y legalización de solicitudes, y la gestión de los servicios logísticos en la UBPD	Jornadas de socialización	8	16/10/2025	30/04/2026	Subdirección de Gestión Financiera Supervisor de Contrato de Operador Logístico	100%	Cumplida	

UBPD UNIDAD DE BUSQUEDA		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
															AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES	
GAD/76/2025	16/10/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - TRANSPORTE	Hallazgo No. 3	Se verificó el cumplimiento a las actividades del Procedimiento "GAD-PR-018 Solicitud de Servicio de Transporte Terrestre versión 01 del 28/06/2022", en cuanto a lo que respecta a las necesidades de transporte especial terrestre, atención de las solicitudes y seguimiento de los servicios requeridos. Para esta verificación, se tomó una muestra de 20 solicitudes, observando las siguientes situaciones: 1. Falta en la oportunidad en la solicitud de la prestación de los siguientes servicios: Vehículos adicionales: 2. Diferencia entre las oportunidades registradas en el procedimiento y en formato. (4 días hábiles y 7 días hábiles) 3. Errores en los procedimientos 4. Uso de formatos externos y/o no vigentes.	Auditoría Interna	1. Falta de un punto de control y seguimiento documentado que oriente a las dependencias a cumplir rigurosamente con los tiempos establecidos, lo cual ocasiona que persista la presentación de requerimientos extemporáneos.	Acción correctiva	1. Realizar un seguimiento mensual desde el último trimestre de la vigencia actual a las solicitudes presentadas ante la OTIC de los desarrollos del sistema "Gestionemos" para garantizar la correcta parametrización de alertas en el módulo de transporte para las solicitudes extemporáneas. De este seguimiento se deja trazabilidad mediante correo electrónico institucional. 2. Actualizar el procedimiento GAD-PR-018 solicitud de servicio de transporte terrestre.	(1) caso en Aranda y correos electrónicos institucionales mensuales sobre los avances (1) procedimiento	5 seguimientos o hasta evidenciar el desarrollo total de las alertas. 1 procedimiento publicado SIG	16/10/2025	30/06/2026	Subdirección de Gestión Financiera	25%	Abierta con Avance	
GAD/77/2025	16/10/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - TRANSPORTE	Hallazgo No. 3	Se verificó el cumplimiento a las actividades del Procedimiento "GAD-PR-018 Solicitud de Servicio de Transporte Terrestre versión 01 del 28/06/2022", en cuanto a lo que respecta a las necesidades de transporte especial terrestre, atención de las solicitudes y seguimiento de los servicios requeridos. Para esta verificación, se tomó una muestra de 20 solicitudes, observando las siguientes situaciones: 1. Falta en la oportunidad en la solicitud de la prestación de los siguientes servicios: Vehículos adicionales: 2. Diferencia entre las oportunidades registradas en el procedimiento y en formato. (4 días hábiles y 7 días hábiles) 3. Errores en los procedimientos 4. Uso de formatos externos y/o no vigentes.	Auditoría Interna	2 y 3. Ausencia de una actualización y sincronización de los documentos del procedimiento de manera que estuvieran alineados con la codificación del modelo de operación por procesos.	Acción correctiva	Actualizar el procedimiento GAD-PR-018 solicitud de servicio de transporte terrestre y crear un lineamiento de servicio de transporte multimodal	(1) procedimiento (1) lineamiento	2	16/10/2025	30/06/2026	Subdirección de Gestión Financiera	50%	Abierta con Avance	
GAD/78/2025	16/10/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - TRANSPORTE	Hallazgo No. 3	Se verificó el cumplimiento a las actividades del Procedimiento "GAD-PR-018 Solicitud de Servicio de Transporte Terrestre versión 01 del 28/06/2022", en cuanto a lo que respecta a las necesidades de transporte especial terrestre, atención de las solicitudes y seguimiento de los servicios requeridos. Para esta verificación, se tomó una muestra de 20 solicitudes, observando las siguientes situaciones: 1. Falta en la oportunidad en la solicitud de la prestación de los siguientes servicios: Vehículos adicionales: 2. Diferencia entre las oportunidades registradas en el procedimiento y en formato. (4 días hábiles y 7 días hábiles) 3. Errores en los procedimientos 4. Uso de formatos externos y/o no vigentes.	Auditoría Interna	4. La falta de un mecanismo de control, comunicación formal y seguimiento efectivo que garantice el uso exclusivo de los formatos oficiales y vigentes en el proceso de transporte, sumado a la ausencia de acciones correctivas inmediatas frente a inconsistencias detectadas.	Acción correctiva	Realizar (8) capacitaciones luego de la aprobación y publicación en el SIG del lineamiento, procedimientos y formatos a todas las regionales junto con sus GITT y (1) en el nivel central con cada uno de los administrativos de las dependencias que solicitan servicios de transporte.	capacitaciones	8	16/10/2025	31/07/2026	Subdirección de Gestión Financiera	0%	Abierta sin Avance	

 UBPD UNIDAD DE BUSQUEDA IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GAD/79/2025	16/10/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - LOGISTICA	Observación No.	Se verificó el cumplimiento a las actividades del Procedimiento "GAD-PR-018 Solicitud de Servicio de Transporte Terrestre versión 01 del 28/06/2022", en cuanto a lo que respecta a las necesidades de transporte especial terrestre, atención de las solicitudes y seguimiento de los servicios requeridos. Para esta verificación, se tomó una muestra de 20 solicitudes, observando las siguientes situaciones: 1. Falta en la oportunidad en la solicitud de la prestación de los siguientes servicios: Vehículos adicionales: 2. Diferencia entre las oportunidades registradas en el procedimiento y en formato: (4 días hábiles y 7 días hábiles) 3. Errores en los procedimientos 4. Uso de formatos externos y/o no vigentes.	Auditoría Interna	Ausencia de las gestiones necesarias por parte del equipo de logística para realizar ante la OAP la actualización de los controles a su cargo teniendo en cuenta las modificaciones estructurales realizadas a la Subdirección administrativa y Financiera.	acción correctiva	Actualizar el responsable de la ejecución de los controles a cargo del equipo de logística en el mapa de riesgos de gestión.	actualización	1	16/10/2025	31/12/2025	Supervisor de Contrato de Operador Logístico	100%	Cumplida
GAD/80/2025	16/10/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - TRANSPORTE	Observación No.	Durante la Auditoría realizada al proceso de Gestión Administrativa, se ejecutaron tres (3) pruebas de recorrido con el fin de evaluar la eficacia de los controles definidos para las actividades de Transporte, Logística y Comisiones, a continuación, se relacionan las observaciones de cada riesgo de gestión evaluados, de acuerdo con la matriz de riesgos disponible en el Sistema de Gestión Institucional/Riesgo GAD-007: Frente al control 3, se informó que este no se ha ejecutado durante los últimos tres meses, dado que se realizó la devolución del celular institucional atendiendo a las medidas de austeridad dispuestas por la entidad	Auditoría Interna	El equipo de transporte no adelantó la gestión necesario ante la OAP para la eliminación y/o actualización del riesgo una vez se evidenció la devolución del celular institucional.	acción correctiva	Actualizar los controles a cargo del equipo de transporte en el mapa de riesgos de gestión.	actualización	1	16/10/2025	31/12/2025	Subdirección de Gestión Administrativa	100%	Cumplida
SSI/81/2025	17/01/2025	Riesgo de Seguridad de la Información	Situación Presentada	Pérdida del documento físico del Informe de investigación para el abordaje de sitios de interés forense en cementerios (Informe narrativo sobre hipótesis y hallazgo del caso)	Matriz de riesgo institucional	Desconocimiento de los lineamientos para el manejo de la documentación impresa y posibles fragmentaciones de los mismos.	Correctiva	Cada dependencia Misional deberá elaborar el inventario de los documentos impresos catalogados como clasificados y reservados, y remitirlo junto con la respectiva documentación al Archivo Especial de Derechos Humanos mediante comunicación oficial interna. (Evitar duplicidad de información misional).	Inventario y documentación	3	1/04/2026	1/12/2026	Subdirección General Técnica Y Territorial	0%	No Abierta
SSI/82/2025	17/01/2025	Riesgo de Seguridad de la Información	Situación Presentada	Pérdida del documento físico del Informe de investigación para el abordaje de sitios de interés forense en cementerios (Informe narrativo sobre hipótesis y hallazgo del caso)	Matriz de riesgo institucional	Desconocimiento de los lineamientos para el manejo de la documentación impresa y posibles fragmentaciones de los mismos.	Correctiva	Verificar la información remitida y proceder a la eliminación de los documentos con base en los lineamientos institucionales. Asimismo realizar el reporte trimestral de información clasificada reservada por la DTLPB de acuerdo con información emitida por los GTR - GITT	Inventario con observaciones y acta de eliminación. Reporte trimestral de información clasificada reservada	2	2/06/2026	1/12/2026	Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria	0%	No Abierta
GAD/83-1/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES		Comisiones Extemporáneas: Se verificó el cumplimiento a las actividades de los procedimientos Comisión de Servicios y desplazamientos- GAD-PR-004 versión 005 y 006, así como lo reglado en la Resolución 588 de junio de 2024, en cuanto respecta a solicitud, autorización o no aprobación, aplazamiento, cancelación, prórroga o modificación, según corresponda y finaliza con la legalización y archivo del expediente.			Acción correctiva	Actualizar procedimiento GAD-PR-004 Comisión de Servicios y Desplazamientos que incluye revisión de formatos en el SIG y Gestiones	Procedimiento publicado en el SIG	1	18/11/2025	15/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida

Por las causas señaladas en el artículo 17 del Reglamento de la Ley de

			IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO				PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN		OBSERVACIONES														
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES	
GAD/83-2/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES	Hallazgo No. 2	Así las cosas, se tomó una muestra de 57 comisiones de la vigencia 2024, teniendo en cuenta que el procedimiento GAD-PR-004 versión 005 fue aprobado con fecha 30 de enero de 2024 y la versión 006 aprobado el 7 de mayo de 2024, se observaron las siguientes situaciones: 1. Con respecto a las Condiciones Generales y la Actividad No.3 del procedimiento en la versión 005 "Recepción de la solicitud", se evidenció que en la comisión 4399 el servidor realizó la solicitud con 4 días. Así mismo, teniendo en cuenta el Procedimiento en la versión 006 y la Resolución 568 de 2024, con respecto a las condiciones generales, la Actividad No. 3 y el Artículo No. 3 de la Resolución, se observó que en las comisiones 9062-9063- 4988- 4986-4993 se realizó la solicitud con 4 días, situaciones que no se ajustan a los requerimientos definidos en los procedimientos.	Auditoría Interna	Por falta planeación por parte de comisionado (servidor o contratista) y su jefe inmediato(supervisor del contrato) de los tiempos establecidos para radicar la solicitud de comisión.	Acción correctiva	Actualizar riesgos asociados a Comisiones y Viáticos en el Mapa de Riesgos de Gestión del Proceso de Gestión Administrativa	(1) actualización	1	18/11/2025	15/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida	
GAD/83-3/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES		Acción correctiva		Actualizar procedimiento GAD-PR-004 Comisión de Servicios y Desplazamientos que incluye revisión de formatos en el SIG y Gestionemos	Procedimiento publicado en el SIG	1	18/11/2025	15/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida			
GAD/83-4/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES		Acción correctiva		Actualizar riesgos asociados a Comisiones y Viáticos en el Mapa de Riesgos de Gestión del Proceso de Gestión Administrativa	(1) actualización	1	18/11/2025	15/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida			
GAD/83-5/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES		Acción correctiva		Actualización lineamientos de comisiones y viáticos para los(as) servidores(as) y contratistas	Lineamiento publicado en el SIG	1	18/11/2025	30/06/2026	Secretaría General	100%	Cumplida			
GAD/83-6/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES		Acción correctiva		Jornadas de socialización de nuevo procedimiento y/o lineamiento	Jornadas de socialización realizadas	3	18/11/2025	30/06/2026	Secretaría General	100%	Cumplida			

 IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
GAD/83-7/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES		Formatos desactualizados, inconsistentes, obsoletos 1. Se observaron documentos que contienen información desactualizada, nombre y versión diferente y se encuentran derogados. En el procedimiento de comisión de Servicios y Desplazamientos tanto en la versión 005 como en la 006, se relaciona el documento "GTH-F7 002 Solicitud de comisión - Servidores/as Públicos/as y/o de desplazamiento - Contratistas y tiquetes aéreos", al realizar la verificación del formato en el listado Maestro Control Información Documentada, este se encuentra obsoleto desde la vigencia 2023, el formato a tener en cuenta corresponde al "GAD-PR-004 Comisión de Servicios y desplazamientos V005-V006".		Porque la parametrización de los formatos relacionados con el proceso de Comisiones y Váticos no se encuentra de acuerdo al procedimiento vigente	Acción correctiva	Actualizar procedimiento GAD-PR-004 Comisión de Servicios y Desplazamientos que incluye revisión de formatos en el SIG y Gestionemos	Procedimiento publicado en el SIG	1	18/11/2025	15/12/2025	Secretaría General	100%	Cumplida
GAD/94/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES	Observación No. 1	Riesgo GAD-009: El riesgo identificado, se enfoca a la planificación de necesidades, sin embargo, se observó que por necesidad del servicio, en algunos casos, se gestionan comisiones y váticos de manera extemporánea, como actividad excepcional debidamente justificada por los supervisores o jefes de área, por lo que se recomienda, ajustar el riesgo teniendo en cuenta, que la causa raíz menciona que es debido a la inadecuada planeación de comisiones en la UBPD y la extemporaneidad es un factor que impacta la planeación de las áreas. Así mismo, se observó que el control 2, en el mapa de riesgos registra que se encuentra documentado, y al verificar el procedimiento Comisión de Servicios y desplazamientos código GAD-PR-004 versión 06 y 07, no se encuentra documentado como punto de control o condición general.	Auditoría Interna	Porque se identificó la necesidad de actualización de riesgo debido a que este debe estar enfocado en la necesidad de ejecución de comisiones de servicio para dar cumplimiento a las acciones humanitarias de la UBPD.	Acción correctiva	Reformular los riesgos asociados en el Mapa de Riesgos de Comisiones y Váticos	(1) actualización	1	18/11/2025	30/11/2025	Secretaría General	100%	Cumplida
GAD/95/2025	18/11/2025	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - COMISIONES	Observación No. 2	Observación No. 14: En cuanto al formato de Solicitud de Comisión, en Gestionemos se observa que se encuentra sin código, el cual corresponde al "GAD-PR-004 Comisión de Servicios y desplazamientos V005-V006"	Auditoría Interna	Porque hay una inadecuada parametrización de los formatos de Comisiones y Váticos en el aplicativo Gestionemos por traslado de equipo a la Secretaría General.	Auditoría Interna	Actualizar en el aplicativo Gestionemos los códigos de los formatos asociados al procedimiento GAD-PR-004 Comisiones y Váticos	Formato actualizado	1	18/11/2025	30/11/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica Secretaría General	100%	Cumplida
GES/96/2025	10/12/2025	Auditoría de Gestión Administrativa - Gestionemos	Hallazgo No. 4	Hallazgo No. 4: Se observaron las siguientes situaciones relacionadas con la gestión de las oportunidades de mejora presentadas por la SAF en la vigencia 2024 del Sistema Informático Gestionemos a la Oficina de Tecnologías de la Información: • 8 solicitudes se realizaron por correo electrónico, sin evidencia de solicitudes a través de la Mesa de Ayuda. • De las 12 solicitudes realizadas por la SAF a través de correo electrónico, en 4 se observó la mención de casos radicados a través del servicio de mesa de ayuda, de los cuales en 3 correos electrónicos se observó información de solución y en 1 correo se mencionó 9 casos, donde, no se observó información de solución. • En ningún caso (de las 12 solicitudes) se observó Actas de Entrega o documentos que evidencien la aceptación por parte del solicitante. • Dificultades en la firma de actas de entrega. • Multiplicidad en los canales de recepción según el tipo de solicitud (ajustes y/o nuevas funcionalidades).	Auditoría Interna	Ausencia de un procedimiento formal y aprobado para la gestión y escalamiento de solicitudes generó falta de claridad entre los usuarios de las diferentes dependencias sobre el canal oficial de atención, ocasionando que algunas solicitudes se realizaran por Mesa de Ayuda en lugar de los medios que indica la guía actual "GTI-GU-015 V1 Construcción de sistemas de información". La falta de un mecanismo estandarizado y formal que permita consolidar la trazabilidad entre las solicitudes por correo electrónico y los casos registrados en la Mesa de Ayuda genera inconsistencias en la evidencia de solución de las solicitudes atendidas. Radica en la ausencia de un procedimiento formal que establezca la generación y archivo de actas de entrega o documentos de aceptación al cierre de las solicitudes, lo que impide contar con evidencia documental del recibido y conformidad del solicitante. Ausencia de lineamientos y de cultura organizacional orientada a la formalización de los cierres de entrega, lo que genera dificultades en la firma de actas y en la obtención de evidencia documental de aceptación por parte de las áreas solicitantes. La causa radica en la falta de un procedimiento que unifique y comunique claramente el canal oficial para la recepción de solicitudes, lo cual genera discrepancia al solicitante y	acción correctiva	Realizar la actualización de la guía "GTI-GU-015 V1 Construcción de sistemas de información", así como la construcción de un procedimiento independiente que formalice la recepción, análisis, viabilidad, priorización de requerimientos, garantizando control, transparencia y seguimiento, junto con los formatos que garanticen el cumplimiento de tareas.	Construcción del Procedimiento de Solicitud Requerimientos Sistemas de Información y actualización de la guía "GTI-GU-015 V1 Construcción de sistemas de información	1	1/12/2025	29/05/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	85%	Abierta con Avance

UBPD UNIDAD DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO MUNICIPAL							PLAN DE MEJORAMIENTO										CIERRE VIGENCIA	
IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO																	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES			
GES/87/2025	10/12/2025	Auditoria de Gestion Administrativa - Gestionemos	Hallazgo No. 4	Hallazgo No. 4: Se observaron las siguientes situaciones relacionadas con la gestión de las oportunidades de mejora presentadas por la SAF en la vigencia 2024 del Sistema Informático Gestionemos a la Oficina de Tecnologías de la Información: • 8 solicitudes se realizaron por correo electrónico, sin evidencia de solicitudes a través de la Mesa de Ayuda. • De las 12 solicitudes realizadas por la SAF a través de correo electrónico, en 4 se observó la mención de casos radicados a través del servicio de mesa de ayuda, de los cuales en 3 correos electrónicos se observó información de solución y en 1 correo se mencionó 9 casos, donde, no se observó información de solución. • En ningún caso (de las 12 solicitudes) se observó Actas de Entrega o documentos que evidencien la aceptación por parte del solicitante. • Dificultades en la firma de actas de entrega. • Multiplicidad en los canales de recepción según el tipo de solicitud (ajustes y/o nuevas funcionalidades).	Auditoria Interna	Ausencia de un procedimiento formal y aprobado para la gestión y escalamiento de solicitudes generó falta de claridad entre los usuarios de las diferentes dependencias sobre el canal oficial de atención, ocasionando que algunas solicitudes se realizaran por Mesa de Ayuda en lugar de los medios que indica la guía actual "GTI-GU-015 V1 Construcción de sistemas de información". La falta de un mecanismo estandarizado y formal que permita consolidar la trazabilidad entre las solicitudes por correo electrónico y los casos registrados en la Mesa de Ayuda genera inconsistencias en la evidencia de solución de las solicitudes atendidas. Radica en la ausencia de un procedimiento formal que establezca la generación y archivo de actas de entrega o documentos de aceptación al cierre de las solicitudes, lo que impide contar con evidencia documental del recibido y conformidad del solicitante. Ausencia de lineamientos y de cultura organizacional orientada a la formalización de los cierres de entrega, lo que genera dificultades en la firma de actas y en la obtención de evidencia documental de aceptación por parte de las áreas solicitantes. La causa radica en la falta de un procedimiento que unifique y comunique claramente el canal oficial para la recepción de solicitudes, lo que ocasiona dispersión de solicitudes y	con correct	Socializar con las áreas involucradas los ajuste de la guía "GTI-GU-015 V1 Construcción de sistemas de información" así como el procedimiento y los formatos relacionados a este, garantizando la divulgación, comprensión y apropiación.	Socialización realizada con registro de asistencia.	1	27/02/2026	2/06/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	30%	Abierta con Avance			
GES/88/2025	10/12/2025	Auditoria de Gestion Administrativa - Gestionemos	Observacion No. 6	Observacion No. 2. 5. En algunas comisiones se observó el formato de SIF - Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País sin firma digital por parte del ordenador del gasto. 6. En algunas comisiones se observó el formato Autorización de prevención y protección para la salud a terreno, localización, prospección sin firma. 7. En la comisión 3071, mediante Resolución 152 de fecha 16 de febrero 2024, se realiza promesa de unas comisiones de servicios al interior y se dictan otras disposiciones, se observa que esta sin firma por parte de la Secretaría General.	Auditoria Interna	Ausencia de lineamientos técnicos y procedimientos que garanticen la preservación de las firmas digitales durante la conversión o consolidación de documentos, lo que genera pérdida de validez y trazabilidad en los formatos. La causa radica en la falta de lineamientos técnicos que regulen la conversión de archivos firmados digitalmente, lo que ocasiona la pérdida de las firmas y afecta la evidencia de autorización formal en los procesos de prevención y protección. La causa radica en la ausencia de un procedimiento técnico que asegure la conservación de las firmas digitales durante la consolidación de documentos, lo que genera pérdida de validez formal.	con correct	Realizar el ajuste en GESTIONEMOS mediante la implementación de una API que consolida automáticamente los documentos asociados al proceso de comisiones, garantizando la preservación de los documentos firmados. Adicionalmente, realizar el almacenamiento seguro de los archivos originales manteniendo su integridad en el servidor de la UPDM.	API ajustada y operativa en GESTIONEMOS.	1	1/12/2025	18/12/2025	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida			
GES/89/2025	10/12/2025	Auditoria de Gestion Administrativa - Gestionemos	Observacion No. 6	Observacion No. 2. 5. En algunas comisiones se observó el formato de SIF - Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País sin firma digital por parte del ordenador del gasto. 6. En algunas comisiones se observó el formato Autorización de prevención y protección para la salud a terreno, localización, prospección sin firma. 7. En la comisión 3071, mediante Resolución 152 de fecha 16 de febrero 2024, se realiza promesa de unas comisiones de servicios al interior y se dictan otras disposiciones, se observa que esta sin firma por parte de la Secretaría General.	Auditoria Interna	Ausencia de lineamientos técnicos y procedimientos que garanticen la preservación de las firmas digitales durante la conversión o consolidación de documentos, lo que genera pérdida de validez y trazabilidad en los formatos. La causa radica en la falta de lineamientos técnicos que regulen la conversión de archivos firmados digitalmente, lo que ocasiona la pérdida de las firmas y afecta la evidencia de autorización formal en los procesos de prevención y protección. La causa radica en la ausencia de un procedimiento técnico que asegure la conservación de las firmas digitales durante la consolidación de documentos, lo que genera pérdida de validez formal.	con prevent	Implementar la verificación de muestras aleatorias sobre los documentos consolidados en el sistema GESTIONEMOS, con la finalidad de confirmar que la implementación de la API garantiza la preservación de la firma digital en los documentos consolidados.	Muestras mensuales	4	18/12/2025	18/03/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	100%	Cumplida			

		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO				PLAN DE MEJORAMIENTO										CIERRE VIGENCIA	
		CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
																% TOTAL PM	OBSERVACIONES
		SSI90/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 1 Hallazgo No. 3 Hallazgo No. 6	H1. El formato de inscripción de trabajo flexible o fuera de la sede (OTH-F1-038) sigue sin incluir la pregunta obligatoria para que el servidor declare si usará equipo personal o asignado por la Unidad. Además, la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC) no realizó verificaciones de las condiciones de seguridad ni autorizó el uso de equipos personales para servidores con trabajo fuera de las instalaciones. La OCI verificó que los cambios recomendados para ser incluidos en el aplicativo "Tramitemos" no fueron implementados, dejando el control A.6.1 (Dispositivos de punto final del usuario) ineficaz. Las políticas del Manual exigen autorizaciones y verificaciones manuales por parte de la OTIC para el uso de dispositivos móviles personales, pero la práctica actual es que la seguridad se establece automáticamente mediante un perfil de trabajo controlado al acceder a los recursos. Esta desalineación formal entre la política escrita (ISO 7.5.3) y el control técnico real deja en incumplimiento textual el control A.7.9 (Seguridad de los activos fuera de las instalaciones). Falta en el monitoreo y la documentación de la seguridad de red. No se evidenció un proceso formal y documentado de revisión de las reglas del firewall y los componentes de la red accedidos por dispositivos móviles personales e institucionales. El control A.8.21 (Seguridad de los servicios de red) es débil porque falta una política clara y actualizada sobre el control de los dispositivos móviles y la segmentación de red. Las Observaciones No. 1 y 2, codificadas como Acción de Mejora "SSI959", se encuentran vencidas y con 0% de avance al reporte del último seguimiento (III trimestre de 2025). Se evidenció en los seguimientos que las evidencias reportadas (I Trimestre de 2025) no presentaron avances, ni cumplimiento a las acciones suscritas por el responsable de la acción, asimismo, no se presentaron monitoreos de avance. H3. El documento base de recuperación que, se encontró publicado en el Sistema Integrado de Gestión SIG es el mismo observado en la auditoría de Seguridad 2024.	Auditoría Interna	H1. Debididad en la gobernanza del SGSI, reflejadas en la falta de alineación entre la política, la operación técnica y el seguimiento de controles, así como en la ausencia de monitoreo, actualización y control efectivo sobre el uso de dispositivos y servicios de red. H3. Debididad en la gobernanza de la continuidad del negocio, reflejadas en la falta de definición de responsabilidades, y en la ausencia de un proceso efectivo de actualización, revisión, aprobación y seguimiento del DRP, lo que impide la actualización y alineación efectiva del DRP. H6. Debididad estructural en la gobernanza del SGSI, manifestada en la desarticulación entre la operación técnica y los procesos de reporte de gestión, lo que anula la capacidad de verificar la eficacia de los controles y limita la toma de decisiones estratégicas basadas en datos. H8. Debididad estructural en el modelo de gobernanza y supervisión del SGSI, caracterizada por la proyección del cumplimiento formal (documental) sobre la verificación técnica del desempeño, lo que ha generado una ruptura en la integridad de los reportes de madurez y la evaluación de la fase de "Verificación" del ciclo PHVA, impidiendo una toma de decisiones basada en la eficacia real de los controles.	Correctiva	Fortalecer las capacidades de detección y respuesta mediante la integración de controles de seguridad (FortSIEM, FortDLP, FortNAC y WAF) para el monitoreo proactivo de amenazas, gestión de vulnerabilidades y protección de activos críticos, asegurando la retroalimentación continua del análisis de riesgos.	Informe Trimestral de Gestión de Ciberseguridad Unificada (Incluye: Seguridad Perimetral, Infraestructura, Control de Acceso-NAC, Prevención de Fuga de Datos-DLP y Estado de Vulnerabilidades).	1	20/04/2026	30/06/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	Abierta Sin Avance
		SSI91/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 1 Hallazgo No. 6 Hallazgo No. 7	H1. El formato de inscripción de trabajo flexible o fuera de la sede (OTH-F1-038) sigue sin incluir la pregunta obligatoria para que el servidor declare si usará equipo personal o asignado por la Unidad. Además, la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC) no realizó verificaciones de las condiciones de seguridad ni autorizó el uso de equipos personales para servidores con trabajo fuera de las instalaciones. La OCI verificó que los cambios recomendados para ser incluidos en el aplicativo "Tramitemos" no fueron implementados, dejando el control A.6.1 (Dispositivos de punto final del usuario) ineficaz. Las políticas del Manual exigen autorizaciones y verificaciones manuales por parte de la OTIC para el uso de dispositivos móviles personales, pero la práctica actual es que la seguridad se establece automáticamente mediante un perfil de trabajo controlado al acceder a los recursos. Esta desalineación formal entre la política escrita (ISO 7.5.3) y el control técnico real deja en incumplimiento textual el control A.7.9 (Seguridad de los activos fuera de las instalaciones). Falta en el monitoreo y la documentación de la seguridad de red. No se evidenció un proceso formal y documentado de revisión de las reglas del firewall y los componentes de la red accedidos por dispositivos móviles personales e institucionales. El control A.8.21 (Seguridad de los servicios de red) es débil porque falta una política clara y actualizada sobre el control de los dispositivos móviles y la segmentación de red. Las Observaciones No. 1 y 2, codificadas como Acción de Mejora "SSI959", se encuentran vencidas y con 0% de avance al reporte del último seguimiento (III trimestre de 2025). Se evidenció en los seguimientos que las evidencias reportadas (I Trimestre de 2025) no presentaron avances, ni cumplimiento a las acciones suscritas por el responsable de la acción, asimismo, no se presentaron monitoreos de avance. H5. El cribado (análisis de seguridad pre-vinculación) se realiza solo para Servidores y se aplica de forma general para todas las vinculaciones y no existe un cribado específico según el nivel de acceso a información confidencial y/o sensible, en cuanto a Contratistas no se hace el cribado, lo que introduce un riesgo de ingreso de personal sin la debida verificación. H6. El cribado (análisis de seguridad pre-vinculación) se realiza solo para Servidores y se aplica de forma general para todas las vinculaciones y no existe un cribado específico según el nivel de acceso a información confidencial y/o sensible, en cuanto a Contratistas no se hace el cribado, lo que introduce un riesgo de ingreso de personal sin la debida verificación. Aún se observan diferencias de tiempos entre la fecha final del vínculo y la inhabilitación expedita de accesos, lo anterior debido al tiempo que se da para la entrega de cargo, donde, se requiere acceso a información y a recursos tecnológicos, creando una "ventana de riesgo" para posibles fugas de información y en el peor de los casos sabotajes, ante un caso por ejemplo de insatisfacción por la desvinculación.	Auditoría Interna	H1. Debididad en la gobernanza del SGSI, reflejadas en la falta de alineación entre la política, la operación técnica y el seguimiento de controles, así como en la ausencia de monitoreo, actualización y control efectivo sobre el uso de dispositivos y servicios de red. H5. Falta de actualización y articulación de los lineamientos de gestión de usuarios en el Manual de Seguridad de la Información, así como por la ausencia de controles formales y seguimiento sobre la renovación oportuna de accesos en los sistemas, lo que afecta la gestión del ciclo de vida de usuarios. H6. Debididad en el sistema de medición y seguimiento del SGSI, reflejadas en la falta de mecanismos y herramientas que permitan integrar, analizar y reportar los resultados de la operación técnica, impidiendo evaluar la eficacia de los controles y alimentar el ciclo de mejora continua (PHVA). H7. Debididad estructural en el modelo de gestión del conocimiento del SGSI, caracterizada por la falta de un mandato directo que exija la conveniencia de prácticas operativas exitosas en estándares documentales, manteniendo el riesgo de pérdida de capacidad técnica por rotación de personal.	Correctiva	Actualizar el Manual de Seguridad de la Información.	Manual de Seguridad de la Información actualizado	1	20/04/2026	30/07/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	Abierta Sin Avance
		SSI92/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 5	H5. 1) El cribado (análisis de seguridad pre-vinculación) se realiza solo para Servidores y se aplica de forma general para todas las vinculaciones y no existe un cribado específico según el nivel de acceso a información confidencial y/o sensible, en cuanto a Contratistas no se hace el cribado, lo que introduce un riesgo de ingreso de personal sin la debida verificación. El cribado (análisis de seguridad pre-vinculación) se realiza solo para Servidores y se aplica de forma general para todas las vinculaciones y no existe un cribado específico según el nivel de acceso a información confidencial y/o sensible, en cuanto a Contratistas no se hace el cribado, lo que introduce un riesgo de ingreso de personal sin la debida verificación. Aún se observan diferencias de tiempos entre la fecha final del vínculo y la inhabilitación expedita de accesos, lo anterior debido al tiempo que se da para la entrega de cargo, donde, se requiere acceso a información y a recursos tecnológicos, creando una "ventana de riesgo" para posibles fugas de información y en el peor de los casos sabotajes, ante un caso por ejemplo de insatisfacción por la desvinculación.	Auditoría Interna	H5. Falta de actualización y articulación de los lineamientos de gestión de usuarios en el Manual de Seguridad de la Información, así como por la ausencia de controles formales y seguimiento sobre la renovación oportuna de accesos en los sistemas, lo que afecta la gestión del ciclo de vida de usuarios.	Correctiva	Monitorear y optimizar los tiempos de respuesta en la inhabilitación de cuentas de usuario tras su desvinculación, con el fin de mitigar el riesgo de acceso no autorizado y asegurar la protección de activos de información.	Reporte trimestral de cumplimiento en la gestión de bajas de usuarios y de cuentas inactivas en Active Directory	1	20/04/2026	30/06/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	Abierta Sin Avance
		SSI93/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 7	H7. Hay falta de documentación, debido a que la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones OTIC aplica prácticas avanzadas para proteger los sistemas durante las pruebas, tales como el uso de ambientes virtualizados, aislados y monitoreados, así como el refuerzo con el Firewall de Aplicaciones Web WAF y el Multifactor de Autenticación MFA, sin embargo, la Oficina de Control Interno OCI en la reunión del 20 de noviembre de 2025 enfatizó que, esta práctica técnica, aunque eficaz, no ha sido formalmente documentada ni estandarizada en un documento formal. Esto implica que la protección se basa en el conocimiento individual del personal técnico (riesgo humano) y no en un activo formal de la organización.	Auditoría Interna	H7. Debididad estructural en el modelo de gestión del conocimiento del SGSI, caracterizada por la falta de un mandato directo que exija la conversión de prácticas operativas exitosas en estándares documentales, manteniendo el riesgo de pérdida de capacidad técnica por rotación de personal.	Correctiva	Definir, estandarizar y formalizar los lineamientos de seguridad para los ambientes de desarrollo, pruebas y producción, asegurando criterios mínimos de protección para la validación de software.	Estándar de Seguridad para Ambientes de Pruebas y Validación de Desarrollos (Documento formalizado).	1	1/05/2026	31/08/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	Abierta Sin Avance

IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO								PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
																AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES		
SSI/94/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 1	H1: El formato de inscripción de trabajo flexible o fuera de la sede (GT1H-FT-038) sigue sin incluir la pregunta obligatoria para que el servidor declare si usará equipo personal o asignado por la Unidad. Además, la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC) no realizó verificaciones de las condiciones de seguridad ni autorizó el uso de equipos personales para servidores con trabajo fuera de las instalaciones. La OCI verificó que los cambios recomendados para ser incluidos en el aplicativo "Tramilemos" no fueron implementados, dejando el control A.8.1 (Dispositivos de punto final del usuario) ineficaz. Las políticas del Manual exigen autorizaciones y verificaciones manuales por parte de la OTIC para el uso de dispositivos móviles personales, pero la práctica actual es que la seguridad se establece automáticamente mediante un perfil de trabajo controlado al acceder a los recursos. Esta desalineación formal entre la política escrita (ISO 7.5) y el control técnico real deja en incumplimiento textual el control A.7.9 (Seguridad de los activos fuera de las instalaciones). Falta en el monitoreo y la documentación de la seguridad de red. No se evidenció un proceso formal y documentado de revisión de las reglas del firewall y los componentes de la red accedidos por dispositivos móviles personales e institucionales. El control A.8.21 (Seguridad de los servicios de red) es débil porque falta una política clara y actualizada sobre el control de los dispositivos móviles y la segmentación de red. Las Observaciones No. 1 y 2, codificadas como Acción de Mejora "SSI/95", se encuentran vencidas y con 0% de avances al reporte del último seguimiento (III trimestre de 2025). Se evidenció en los seguimientos que las evidencias reportadas (I Trimestre de 2025) no presentaron avances, ni cumplimiento a las acciones suscritas por el responsable de la acción, asimismo, no se presentaron monitoreos de avance.	Auditoría Interna	H1. Debilidad en la gobernanza del SGSI, reflejada en la falta de alineación entre la política, la operación técnica y el seguimiento de controles, así como en la ausencia de monitoreo, actualización y control efectivo sobre el uso de dispositivos y servicios de red.	Correctiva	Asegurar el cumplimiento de los estándares de seguridad en los equipos de cómputo asignados a servidores y contratistas, mediante las actas de asignación de equipos, asegurando que cumplan con los estándares de seguridad establecidos y minimizando riesgos de exposición o accesos no autorizados a la información.	Actas de asignación de equipos asignados por la UBPD, reportado de forma trimestral	1	20/04/2026	30/06/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	Abierta Sin Avance		
SSI/95/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 3	H3: El documento base de recuperación que, se encontró publicado en el Sistema Integrado de Gestión SIG es el mismo observado en la auditoría de la vigencia 2024 que corresponde al Plan de Recuperación ante Desastres DRP "GT1-PL-002 V01 01/12/2021", por otro lado, el 25 de noviembre de 2025 la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones OTIC hizo entrega del Plan con fecha de noviembre de 2025, lo que corresponde a un borrador que evidencia un proceso de actualización del Plan de Recuperación de Desastres, por lo tanto, la línea base oficial sigue siendo obsoleta, tal como lo presentó la Oficina de Control Interno en la reunión realizada el 20 de noviembre de 2025, el plan de 2021 presenta las estrategias de recuperación bajo un escenario tecnológico en la vigencia 2021, donde, el corte de la vigencia 2025 el escenario es diferente lo cual es un incumplimiento a la obligatoriedad operativa del control en cuanto a su mantenimiento y revisión periódica de la documentación que soporta el DRP. Ambos planes (el publicado y el borrador de noviembre 2025) omiten una estrategia formal y documentada para la continuidad y recuperación de los servicios críticos en la Nube, por ejemplo: Identidad Digital y Correo Institucional. A pesar de los esfuerzos técnicos por detectar malware (Indicadores de Compromiso IoC), los demás análisis de seguridad y respuestas a vulnerabilidades detectadas en la presente vigencia y que amenazan la integridad de la información no están formalmente integradas en el proceso de recuperación documentado. Adicionalmente, el documento borrador del DRP no hace mención del diseño del DRP bajo un modelo "Asistido Automático - Burbuja - SureBackup" que describe la estrategia de recuperación de desastres más avanzada y confiable implementada, la cual elimina la dependencia de procedimientos manuales y reduce drásticamente el riesgo de fallos.	Auditoría Interna	H3. Debilidad en la gobernanza de la continuidad del negocio, reflejada en la falta de definición de responsabilidades, y en la ausencia de un proceso efectivo de actualización, revisión, aprobación y seguimiento del DRP, lo que impide la actualización y alineación efectiva del DRP.	Correctiva	Elaborar, formalizar y socializar el Plan de Recuperación de Desastres (DRP) para la infraestructura tecnológica, asegurando la alineación con los objetivos de continuidad del negocio de la organización.	1. Documento del Plan de Recuperación de Desastres (DRP) aprobado. 2. Registro de evidencias de la socialización (Actas de capacitación o listas de asistencia).	2	1/07/2026	18/12/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	No Abierta		
SSI/96/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 10	H10: La Oficina de Control Interno informó que, a pesar de la Política 8.7 (Manejo de Equipos de cómputo) que prohíbe guardar archivos en el escritorio, se siguen encontrando documentos expuestos en los escritorios de equipos de cómputo, incluso por parte de personal directivo con conocimiento de la política.	Auditoría Interna	H10. Debilidad en la apropiación y control de la política de escritorio limpio, reflejada en la falta de liderazgo, monitoreo efectivo y controles técnicos que aseguren su cumplimiento.	Correctiva	Implementar la restricción técnica de almacenamiento de archivos en los escritorios locales de los equipos de cómputo, fomentando el uso de repositorios institucionales y minimizando el riesgo de pérdida de información no respaldada.	1. Acta de configuración técnica del control de restricción de escritorio (GPO/MDM). 2. Comunicación oficial a la Oficina de Seguridad de la Información (OSI) sobre el despliegue y cumplimiento de la política.	1	20/04/2026	30/06/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	Abierta Sin Avance		

 UBPD UNIDAD DE BUENOS AIRES IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO							PLAN DE MEJORAMIENTO							CIERRE VIGENCIA	
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE, DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
														% TOTAL PM	OBSERVACIONES
SSI99/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 2	H2: En lo que respecta a la consistencia y efectividad de controles de seguridad en Roles y responsabilidades, la herramienta de gestión (Matriz de Roles y Perfiles) es inadecuada para el propósito del control. Carece de la información necesaria para auditar datos básicos del ciclo de vida de los usuarios como lo son: identificador del rol, descripción del rol, tipo de permisos, justificación, segregación (límite de la función), propietario del rol, fecha de última revisión, además, continúa incompleta tal como lo informó la Oficina de Control Interno en la auditoría de 2024, debido a que, no contiene información de los sistemas informáticos "Tratamiento", "Sistema de Seguridad de la Información" y "SIGEP Nomina". La Matriz de Roles y Perfiles (la herramienta clave para validar el mínimo privilegio) al momento de realizar la prueba del 20 de noviembre de 2025, no estaba disponible para su verificación según lo informó la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones OTIC, donde, el Oficial de Seguridad de la Información OSI y la Oficina de Control Interno OCI coincidieron en que la matriz vigente no cumple con los requisitos mínimos de calidad de la información. Esto implica que la herramienta de control es deficiente y potencialmente ineficaz. Con relación a la Segregación de funciones, se observó la existencia de conflictos en el sistema de información misional SM Busquemos y la debilidad de la Matriz de Roles para prevenirlos, demuestran que este control es ineficaz y permite la acumulación de privilegios peligrosos, cuentas privilegiadas que tengan conflictos con otros roles, como por ejemplo la de un usuario verificado que tiene rol de administrador y de rol de usuario final con funciones rutinarias como las de aprobaciones en el SIM Busquemos. Los controles "5.2 Roles y responsabilidades de seguridad de la información" y "5.3 de Segregación de funciones" se encuentran definidos por la Unidad como de "Cumplimiento" en la "Declaración de Aplicabilidad" de la norma técnica ISO/IEC 27001:2022 y evaluados por la Unidad como "Aplicados" en la herramienta de autoevaluación que define el grado de madurez del Sistema de Seguridad de la Información SSL en este sentido y bajo los escenarios de los anteriores numerados, se confirma que las evaluaciones realizadas, a través de cuestionarios, no son confiables. El cumplimiento no se pudo medir.	Auditoría Interna	H2: Debilidad estructural en el modelo de supervisión y rendición de cuentas del SGIS, manifestada en la aceptación de autoevaluaciones complacientes y en la falta de coherencia para el cumplimiento de las acciones de mejora, lo que perpetúa la exposición a riesgos de acceso no autorizado y fraude interno.	Correctiva	Formato de la Matriz de Roles y Perfiles (incorporando segregación de funciones) y tratamiento de diligenciamiento de la matriz, Guía de Gestión de Usuarios. Posterior a la entrega y publicación del formato de matriz de roles y perfiles la Oficina de Seguridad de la Información remitirá a cada dependencia para dicho diligenciamiento.	1. Matriz de Roles y Perfiles con Segregación de Funciones (SoD) incorporado. 2. Guía de Gestión de Usuarios actualizada y formalizada.	2	20/04/2026	30/06/2026	Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica	0	Abierta Sin Avance
SSI98/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 4	H4: Falta de implementación de las estrategias de monitoreo. El Oficial de Seguridad de la Información OSI y la Oficina de Control Interno OCI reconocieron que la calificación de madurez del control A.6.6 (Acuerdos de confidencialidad) en la herramienta de autoevaluación es inmejorable ("optimizado"), ya que no existe evidencia objetiva de la ejecución de las fases de Verificar y Actuar del ciclo PHVA para este control. No obstante, en la reunión del 19 de noviembre de 2025, el Oficial de Seguridad de la Información OCI presentó un Plan de Acción, donde, se definieron actividades para el fortalecimiento del monitoreo y controles operacionales, incluyendo un cronograma de revisión de acuerdos de confidencialidad y un proceso de monitoreo periódico para la evaluación del personal con acceso, que al corte de la prueba de recordó no se ha desarrollado.	Auditoría Interna	Inexistencia de un mecanismo de validación de la integridad del autodiagnóstico y debilidad en el modelo de rendición de cuentas (Accountability) del SSL. Esta brecha de gobernanza permite que los compromisos de mejora se gestionen en una integración real en el ciclo de revisión por la dirección, resultando en una desconexión entre la madurez reportada y la capacidad operativa para generar evidencia objetiva del control A.6.6.	Correctiva	1. Tablero de Control de Evidencias (KPIs): Definir indicadores de cumplimiento específicos para el control A.6.6, midiendo el % de acuerdos verificados contra nómina activa" y el % de brechas detectadas en la fase de Verificación". (Clausula 9.1 (Seguimiento y medición))	1 Documento de Ficha Técnica de Indicadores (aprobado) y Tablero de control funcional (100% implementado).	1	18/5/2026	31/7/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance
SSI99/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 4	H4: Falta de implementación de las estrategias de monitoreo. El Oficial de Seguridad de la Información OSI y la Oficina de Control Interno OCI reconocieron que la calificación de madurez del control A.6.6 (Acuerdos de confidencialidad) en la herramienta de autoevaluación es inmejorable ("optimizado"), ya que no existe evidencia objetiva de la ejecución de las fases de Verificar y Actuar del ciclo PHVA para este control. No obstante, en la reunión del 19 de noviembre de 2025, el Oficial de Seguridad de la Información OCI presentó un Plan de Acción, donde, se definieron actividades para el fortalecimiento del monitoreo y controles operacionales, incluyendo un cronograma de revisión de acuerdos de confidencialidad y un proceso de monitoreo periódico para la evaluación del personal con acceso, que al corte de la prueba de recordó no se ha desarrollado.	Auditoría Interna	Inexistencia de un mecanismo de validación de la integridad del autodiagnóstico y debilidad en el modelo de rendición de cuentas (Accountability) del SSL. Esta brecha de gobernanza permite que los compromisos de mejora se gestionen en una integración real en el ciclo de revisión por la dirección, resultando en una desconexión entre la madurez reportada y la capacidad operativa para generar evidencia objetiva del control A.6.6.	Correctiva	2. Validación de Calidad del Autodiagnóstico: El OSI incorporará un criterio de validación obligatoria directamente en el instrumento de Autodiagnóstico del SGIS. Antes de la consolidación de los resultados, el responsable del control A.6.6 deberá registrar el soporte o enlace a la evidencia objetiva de la fase 'Verificar' en dicha herramienta. El OSI realizará una validación técnica de suficiencia documental en caso de que la evidencia sea inexistente o insuficiente para soportar el nivel declarado, el OSI efectuará la recalificación técnica del nivel de madurez antes de presentar el informe consolidado a la Alta Dirección. (Clausula 9.1 (Seguimiento, medición, análisis y evaluación)) y Clausula 7.5 (Información documentada), además Asegura la conformidad previa para los ejercicios de la Clausula 9.2 (Auditoría interna)	* 1 Instrumento de Autodiagnóstico consolidado (con la columna/campo diligenciado con los enlaces a las evidencias). * 1 Correo o memorando oficial del OSI confirmando la validación técnica realizada y las recalificaciones aplicadas antes de la presentación oficial.	2	1/6/2026	30/6/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance

		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
															AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES	
SSI100/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 4	H4: Falta de implementación de las estrategias de monitoreo. El Oficial de Seguridad de la Información OSI y la Oficina de Control Interno OCI reconocieron que la calificación de madurez del control A.6.6 (Acuerdos de confidencialidad) en la herramienta de autoevaluación es ímreal ("optimizado"), ya que no existe evidencia objetiva de la ejecución de las fases de Verificar y Actuar del ciclo PHVA para este control. No obstante, en la reunión del 19 de noviembre de 2025, el Oficial de Seguridad de la Información OCI presentó un Plan de Acción, donde, se definieron actividades para el fortalecimiento del monitoreo y controles operacionales, incluyendo un cronograma de revisión de acuerdos de confidencialidad y un proceso de monitoreo periódico para la evaluación del personal con acceso, que al corte de la prueba de recordo no se ha desarrollado.	Auditoría Interna	Inexistencia de un mecanismo de validación de la integridad del autodiagnóstico y debilidad en el modelo de rendición de cuentas (Accountability) del SSI. Esta brecha de gobernanza permite que los compromisos de mejora se gestionen sin una integración real en el ciclo de revisión por la dirección, resultando en una desconexión entre la madurez reportada y la capacidad operativa para generar evidencia objetiva del control A.6.6.	Mejora	Mejora3. Revalidación Digital Automatizada de Confidencialidad: Articular conjuntamente con el Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica (GITGT) y la Subdirección Técnica de Investigación Humanitaria (STH) la implementación escalonada de un mecanismo de validación digital (portal cautivo o mensaje emergente). Definición de Contenidos: La STH validará el alcance y las cláusulas para el acceso a información misional, mientras que el GITGT definirá lo referente a los demás aplicativos y tipos de información. El GITGT ejecutará el despliegue técnico de ambos frentes. Reglas de Validación: 1. Sistemas Generales: Al primer inicio de sesión del año, el sistema exigirá al usuario leer y "Aceptar" el Acuerdo de Confidencialidad corporativo. 2. Información Misional (Ej. Archivo de DDIHH): El sistema exigirá la validación y aceptación del acuerdo cada vez que el usuario ingrese a consultar dicha información. (Control A.6.6 (Acuerdos de confidencialidad) y Control A.6.3 (Restricción de acceso a la información))		3	1/6/2026	31/8/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance	
SSI101/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 4	H4: Falta de implementación de las estrategias de monitoreo. El Oficial de Seguridad de la Información OSI y la Oficina de Control Interno OCI reconocieron que la calificación de madurez del control A.6.6 (Acuerdos de confidencialidad) en la herramienta de autoevaluación es ímreal ("optimizado"), ya que no existe evidencia objetiva de la ejecución de las fases de Verificar y Actuar del ciclo PHVA para este control. No obstante, en la reunión del 19 de noviembre de 2025, el Oficial de Seguridad de la Información OCI presentó un Plan de Acción, donde, se definieron actividades para el fortalecimiento del monitoreo y controles operacionales, incluyendo un cronograma de revisión de acuerdos de confidencialidad y un proceso de monitoreo periódico para la evaluación del personal con acceso, que al corte de la prueba de recordo no se ha desarrollado.	Auditoría Interna	Inexistencia de un mecanismo de validación de la integridad del autodiagnóstico y debilidad en el modelo de rendición de cuentas (Accountability) del SSI. Esta brecha de gobernanza permite que los compromisos de mejora se gestionen sin una integración real en el ciclo de revisión por la dirección, resultando en una desconexión entre la madurez reportada y la capacidad operativa para generar evidencia objetiva del control A.6.6.	Correctiva	4. Reporte de Integridad al Comité: Institucionalizar el reporte de "Eficiencia y Avance de los Compromisos de Mejora" ante el Comité Ejecutivo de Dirección Institucional, elevando los retrasos de planes de acción a nivel directivo. (Cláusula 5.3 (Roles y responsabilidades))	Acta(s) del Comité Ejecutivo de Dirección Institucional que incluyan la presentación del reporte por parte del OSI.	1	1/9/2026	31/12/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	No Abierta	
SSI102/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 8	H8: Se observó que las calificaciones de madurez en el Instrumento de Autodiagnóstico presentado en la auditoría 2024 el cual mostraba que "el 81.72 % (76) de los controles se encuentran bien calificados (Aplicados y En Optimización) y el 18.27 % (17) se encuentran calificados (Documentado y Definido)", no contaron en la vigencia 2025 con una medición periódica que permitiera sustentar los estados de cada uno de los controles reportados en la vigencia 2024, en este sentido no se cumple con la Cláusula 9.1 el cual establece que cada control debe cumplir con el ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar PHVA. En consecuencia, los 17 controles verificados en la auditoría de la vigencia 2024 que se definieron como recomendaciones, se materializó la falta de Monitoreo, medición, análisis y evaluación, por este motivo se declaran hallazgos en la presente auditoría de seguimiento, asimismo, los controles presentados en las 3 observaciones continúan bajo el mismo escenario informado en la pasada vigencia.	Auditoría Interna	La persistencia de una cultura de cumplimiento meramente documental (check-ist) en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, sumada a la ausencia de adopción de los estándares de medición y métricas (ISO 27004). Esto impide la cuantificación objetiva de la eficacia de los controles, generando reportes de madurez ímreales y limitando la capacidad del sistema para ejecutar las fases de Verificación y Actuación del ciclo PHVA	Correctiva	1. Diseño del Modelo de Medición (ISO 27004): Diseñar y formalizar un catálogo de indicadores basado en la ISO 27004. El OSI debe definir para cada control crítico: el indicador cuantitativo, la fórmula de cálculo, la fuente de datos (sistemas, logs, reportes) y la periodicidad de medición. (Cláusula 9.1 (Seguimiento, medición, análisis y evaluación))	1 Catálogo de Indicadores documentado y oficializado.	1	4/5/2026	31/7/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance	
SSI103/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 8	H8: Se observó que las calificaciones de madurez en el Instrumento de Autodiagnóstico presentado en la auditoría 2024 el cual mostraba que "el 81.72 % (76) de los controles se encuentran bien calificados (Aplicados y En Optimización) y el 18.27 % (17) se encuentran calificados (Documentado y Definido)", no contaron en la vigencia 2025 con una medición periódica que permitiera sustentar los estados de cada uno de los controles reportados en la vigencia 2024, en este sentido no se cumple con la Cláusula 9.1 el cual establece que cada control debe cumplir con el ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar PHVA. En consecuencia, los 17 controles verificados en la auditoría de la vigencia 2024 que se definieron como recomendaciones, se materializó la falta de Monitoreo, medición, análisis y evaluación, por este motivo se declaran hallazgos en la presente auditoría de seguimiento, asimismo, los controles presentados en las 3 observaciones continúan bajo el mismo escenario informado en la pasada vigencia.	Auditoría Interna	La persistencia de una cultura de cumplimiento meramente documental (check-ist) en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, sumada a la ausencia de adopción de los estándares de medición y métricas (ISO 27004). Esto impide la cuantificación objetiva de la eficacia de los controles, generando reportes de madurez ímreales y limitando la capacidad del sistema para ejecutar las fases de Verificación y Actuación del ciclo PHVA	Correctiva	2. Actualización del Instrumento de Autodiagnóstico: Modificar la herramienta metodológica de evaluación de madurez. El OSI debe configurar el instrumento para que exija la vinculación directa de un indicador cuantitativo (del Modelo de Medición) antes de permitir que un control sea calificado como "Aplicado" o "En Optimización", eliminando la subjetividad. (Cláusula 9.1 y Cláusula 7.5 (Información documentada).)	1 Herramienta/Matriz de autodiagnóstico/ declaración de aplicabilidad actualizada	1	1/6/2026	30/6/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance	

		IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO					PLAN DE MEJORAMIENTO								CIERRE VIGENCIA	
															AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES	
SSI104/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 8	H8: Se observó que las calificaciones de madurez en el Instrumento de Autodiagnóstico presentado en la auditoría 2024 el cual mostraba que "el 81.72 % (76) de los controles se encuentran bien calificados (Aplicados y En Optimización) y el 18.27 % (17) se encuentran calificados (Documentado y Definido)", no contaron en la vigencia 2025 con una medición periódica que permitiera sustentar los estados de cada uno de los controles reportados en la vigencia 2024, en este sentido no se cumple con la Cláusula 9.1.4 el cual establece que cada control debe cumplir con el ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar PHVA. En consecuencia, los 17 controles verificados en la auditoría de la vigencia 2024 que se definieron como recomendaciones, se materializó la falta de Monitoreo, medición, análisis y evaluación, por este motivo se declaran hallazgos en la presente auditoría de seguimiento, asimismo, los controles presentados en las 3 observaciones continúan bajo el mismo escenario informado en la pasada vigencia.	Auditoría Interna	La persistencia de una cultura de cumplimiento meramente documental (check-list) en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, sumada a la ausencia de adopción de los estándares de medición y métricas (ISO 27004). Esto impide la cuantificación objetiva de la eficacia de los controles, generando reportes de madurez irreales y limitando la capacidad del sistema para ejecutar las fases de Verificación y Actuación del ciclo PHVA.	Correctiva	3. Evaluación Focalizada de Controles Críticos: Liderar un ciclo de medición de prueba enfocado específicamente en los 17 controles observados en la auditoría de 2024. El OSI aplicará los nuevos indicadores a estos controles para establecer una línea base real y objetiva de su estado actual. (Cláusula 10.1 (Mejora continua) y Cláusula 9.1.)	1 Informe de Línea Base con los resultados de la medición de los 17 controles.	1	1/7/2026	14/8/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	No Abierta	
SSI105/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 8	H8: Se observó que las calificaciones de madurez en el Instrumento de Autodiagnóstico presentado en la auditoría 2024 el cual mostraba que "el 81.72 % (76) de los controles se encuentran bien calificados (Aplicados y En Optimización) y el 18.27 % (17) se encuentran calificados (Documentado y Definido)", no contaron en la vigencia 2025 con una medición periódica que permitiera sustentar los estados de cada uno de los controles reportados en la vigencia 2024, en este sentido no se cumple con la Cláusula 9.1.4 el cual establece que cada control debe cumplir con el ciclo Planificar, Hacer, Verificar y Actuar PHVA. En consecuencia, los 17 controles verificados en la auditoría de la vigencia 2024 que se definieron como recomendaciones, se materializó la falta de Monitoreo, medición, análisis y evaluación, por este motivo se declaran hallazgos en la presente auditoría de seguimiento, asimismo, los controles presentados en las 3 observaciones continúan bajo el mismo escenario informado en la pasada vigencia.	Auditoría Interna	La persistencia de una cultura de cumplimiento meramente documental (check-list) en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, sumada a la ausencia de adopción de los estándares de medición y métricas (ISO 27004). Esto impide la cuantificación objetiva de la eficacia de los controles, generando reportes de madurez irreales y limitando la capacidad del sistema para ejecutar las fases de Verificación y Actuación del ciclo PHVA.	Mejora	4. Informe Cuantitativo de Eficacia del SGI: Generar y presentar a la Alta Dirección un informe estructurado que abandone el formato de "porcentaje de avance documental" y se centre en el "rendimiento técnico y operativo" de los controles, justificando con datos la necesidad de recursos para aquellos controles que resulten ineficaces (Cláusula 9.3 (Revisión por la dirección))	1 Informe de Eficacia del SGI (presentado y firmado como recibido de Revisión por la Dirección).	1	17/8/2026	31/8/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	No Abierta	
SSI106/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 9	H9: Se evidenció que el Plan Estratégico de Seguridad de la Información PESI 2022 - 2024 no fue aprobado ni publicado en el repositorio del Modelo de Operación por Procesos MOP ni en la página Web de la Unidad, adicionalmente, a la fecha no se cuenta con PESI 2025 aprobado por la Alta Dirección, de acuerdo con lo informado por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones OTC este se encuentra en construcción y que una vez se tenga la versión final aprobada será publicado.	Auditoría Interna	Ausencia de un mecanismo formal de gobernanza que garantice la inclusión, revisión y aprobación oportuna del Plan Estratégico de Seguridad de la Información (PESI) en la agenda de la Alta Dirección. Esta deficiencia metodológica genera un vacío en la planeación estratégica, impidiendo la alineación de los objetivos de seguridad con la misión institucional y limitando la exigibilidad de los controles operacionales (Cláusula 5 y 6 de ISO 27001).	Correctiva	1. Integración del PESI en la Planeación Institucional: Articular con la Oficina de Planeación para que el PESI se sincronice y se incluya como un anexo obligatorio del Plan de Acción Anual Institucional (PAAI). (Cláusula 5.1.c (Integración en procesos de negocio))	Documento del Plan de Acción Anual (PAAI) de la Unidad que incluya explícitamente el PESI.	1	18/5/2026	12/6/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance	
SSI107/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 9	H9: Se evidenció que el Plan Estratégico de Seguridad de la Información PESI 2022 - 2024 no fue aprobado ni publicado en el repositorio del Modelo de Operación por Procesos MOP ni en la página Web de la Unidad, adicionalmente, a la fecha no se cuenta con PESI 2025 aprobado por la Alta Dirección, de acuerdo con lo informado por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones OTC este se encuentra en construcción y que una vez se tenga la versión final aprobada será publicado.	Auditoría Interna	Ausencia de un mecanismo formal de gobernanza que garantice la inclusión, revisión y aprobación oportuna del Plan Estratégico de Seguridad de la Información (PESI) en la agenda de la Alta Dirección. Esta deficiencia metodológica genera un vacío en la planeación estratégica, impidiendo la alineación de los objetivos de seguridad con la misión institucional y limitando la exigibilidad de los controles operacionales (Cláusula 5 y 6 de ISO 27001).	Mejora	2. Formalización de Aceptación de Riesgo: El OSI gestionará la actualización de la Política General de Administración de Riesgos de la Entidad para incorporar un Inseminio que califique obligatoriamente la carencia de planes estratégicos aprobados (PESI) como un riesgo de impacto institucional. Una vez incorporado en la política, el OSI reportará formalmente el retraso del PESI 2025 bajo este marco normativo, obligando al Comité Ejecutivo de Dirección Institucional a priorizar su aprobación para evitar el incumplimiento de la política de riesgos institucional. (Cláusula 5.1 (Liderazgo y compromiso) y Cláusula 6.1.3 (Acciones para tratar riesgos) y 8.3 (Implementación del tratamiento de riesgos).	Política General de Administración de Riesgos actualizada (que incluya explícitamente el Inseminio sobre planes estratégicos de seguridad). Matriz de Riesgos Institucional (donde se evidencie la inclusión y valoración del riesgo asociado al PESI).	2	4/5/2026	29/5/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Vencida Sin Avance	
SSI108/2025	25/05/2026	Auditoría de el Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 9	H9: Se evidenció que el Plan Estratégico de Seguridad de la Información PESI 2022 - 2024 no fue aprobado ni publicado en el repositorio del Modelo de Operación por Procesos MOP ni en la página Web de la Unidad, adicionalmente, a la fecha no se cuenta con PESI 2025 aprobado por la Alta Dirección, de acuerdo con lo informado por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones OTC este se encuentra en construcción y que una vez se tenga la versión final aprobada será publicado.	Auditoría Interna	Ausencia de un mecanismo formal de gobernanza que garantice la inclusión, revisión y aprobación oportuna del Plan Estratégico de Seguridad de la Información (PESI) en la agenda de la Alta Dirección. Esta deficiencia metodológica genera un vacío en la planeación estratégica, impidiendo la alineación de los objetivos de seguridad con la misión institucional y limitando la exigibilidad de los controles operacionales (Cláusula 5 y 6 de ISO 27001).	Correctiva	3.Finalización y Sustentación del PESI: Consolidar la versión final del PESI y solicitar un espacio exclusivo ante el Comité Institucional para sustentarlo con enfoque en riesgos de negocio. (Cláusulas 6.1 y 6.2 (Objetivos de seguridad))	Acta del Comité Institucional donde conste la sustentación y decisión sobre el PESI 2025.	1	1/6/2026	30/6/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance	

UBPD UNIDAD DE SEGURIDAD							PLAN DE MEJORAMIENTO										CIERRE VIGENCIA	
IDENTIFICACIÓN DEL HALLAZGO																	AVANCE TOTAL DE LA ACCIÓN	OBSERVACIONES
CONSECUTIVO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NOMBRE DEL PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	TIPO DE HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ORIGEN	CAUSA (S) DEL HALLAZGO	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	FECHA DE INICIO PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	FECHA DE TERMINACIÓN PROGRAMADA (dd/mm/aaaa)	RESPONSABLE NOMBRE DEL LÍDER(S) DE PROCESO, PROGRAMA, PROYECTO O ASUNTO OBJETO DE AUDITORIA O SEGUIMIENTO	% TOTAL PM	OBSERVACIONES			
SSI109/2025	25/05/2026	Auditoría de al Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 9	H9: Se evidenció que el Plan Estratégico de Seguridad de la Información PESI 2022 - 2024 no fue aprobado ni publicado en el repositorio del Modelo de Operación por Procesos MOP ni en la página Web de la Unidad, adicionalmente, a la fecha no se cuenta con PESI 2025 aprobado por la Alta Dirección, de acuerdo con lo informado por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones OITC este se encuentra en construcción y que una vez se tenga la versión final aprobada será publicado.	Auditoría Interna	Ausencia de un mecanismo formal de gobernanza que garantice la inclusión, revisión y aprobación oportuna del Plan Estratégico de Seguridad de la Información (PESI) en la agenda de la Alta Dirección. Esta deficiencia metodológica genera un vacío en la planeación estratégica, impidiendo la alineación de los objetivos de seguridad con la misión institucional y limitando la exigibilidad de los controles operacionales (Clausula 5 y 6 de ISO 27001).	Correctiva	4. Publicación y Socialización Oficial: Gestionar la publicación del PESI e incluir el repositorio del Modelo de Operación por Procesos (MOP) y ejecutar una campaña de socialización. (Clausulas 7.4 (Comunicación) y 7.5)	URL/Captura del PESI publicado en el MOP, página web y Registros de asistencia/estructura de la socialización.	1	1/7/2026	31/7/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	No Abierta			
SSI110/2025	25/05/2026	Auditoría de al Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 10	H10: La Oficina de Control Interno informó que, a pesar de la Política 8.7 (Manejo de Equipos de cómputo) que prohíbe guardar archivos en el escritorio, se siguen encontrando documentos expuestos en los escritorios de equipos de cómputo, incluso por parte de personal directivo con conocimiento de la política.	Auditoría Interna	Debilidad en la cultura organizacional de seguridad de la información por falta de apropiación de los líderes (Tone at the Top) e ineficacia de las estrategias de sensibilización, agravada por la carencia de controles técnicos automatizados (GPO) que impidan el almacenamiento local de archivos. Esta falta de controles preventivos digitales, sumada a una supervisión física que no deriva en acciones disciplinarias, permite que se mantenga la informalidad y el riesgo de exposición de información sensible.	Correctiva	1. Ejecución de Pruebas de Recordó (Inspecciones In Situ): Programar y ejecutar periódicamente pruebas de recordó físicas y digitales (no anunciadas) en las diferentes sedes y áreas de la Unidad. (Clausula 9.1 (Seguimiento, medición, análisis y evaluación))	Cronograma de recordos Informe Diagnostico	1	2/2/2026	8/5/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Vencida Sin Avance			
SSI111/2025	25/05/2026	Auditoría de al Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 10	H10: La Oficina de Control Interno informó que, a pesar de la Política 8.7 (Manejo de Equipos de cómputo) que prohíbe guardar archivos en el escritorio, se siguen encontrando documentos expuestos en los escritorios de equipos de cómputo, incluso por parte de personal directivo con conocimiento de la política.	Auditoría Interna	Debilidad en la cultura organizacional de seguridad de la información por falta de apropiación de los líderes (Tone at the Top) e ineficacia de las estrategias de sensibilización, agravada por la carencia de controles técnicos automatizados (GPO) que impidan el almacenamiento local de archivos. Esta falta de controles preventivos digitales, sumada a una supervisión física que no deriva en acciones disciplinarias, permite que se mantenga la informalidad y el riesgo de exposición de información sensible.	Correctiva	2. Implementación de Controles Técnicos (GPO): Coordinar y requerir al Grupo Interno de Trabajo de Gestión Tecnológica (GITGT) el diseño y despliegue de Políticas de Grupo (GPO) que bloqueen los permisos de guardado en el escritorio local y la unidad C1 de los equipos, forzando el uso de repositorios institucionales. (Control A.8.1 (Dispositivos de usuario final))	Solicitar al GITGT informes periódicos de cobertura de equipos con GPO aplicadas para evaluar la eficacia del control.	2	18/5/2026	17/7/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance			
SSI112/2025	25/05/2026	Auditoría de al Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 10	H10: La Oficina de Control Interno informó que, a pesar de la Política 8.7 (Manejo de Equipos de cómputo) que prohíbe guardar archivos en el escritorio, se siguen encontrando documentos expuestos en los escritorios de equipos de cómputo, incluso por parte de personal directivo con conocimiento de la política.	Auditoría Interna	Debilidad en la cultura organizacional de seguridad de la información por falta de apropiación de los líderes (Tone at the Top) e ineficacia de las estrategias de sensibilización, agravada por la carencia de controles técnicos automatizados (GPO) que impidan el almacenamiento local de archivos. Esta falta de controles preventivos digitales, sumada a una supervisión física que no deriva en acciones disciplinarias, permite que se mantenga la informalidad y el riesgo de exposición de información sensible.	Correctiva	3. Sesión de Compromiso Directivo (Tone at the Top): Liderar una jornada de sensibilización de alto nivel dirigida exclusivamente a directivos y líderes de proceso, para formalizar su rol como modelos de conducta en la entidad y asegurar su respaldo en la toma de acciones correctivas. (Clausula 5.1 (Liderazgo y compromiso))	1 Lista de asistencia (firmada por nivel directivo) y Material de presentación utilizado.	1	15/7/2026	31/7/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	No Abierta			
SSI113/2025	25/05/2026	Auditoría de al Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 10	H10: La Oficina de Control Interno informó que, a pesar de la Política 8.7 (Manejo de Equipos de cómputo) que prohíbe guardar archivos en el escritorio, se siguen encontrando documentos expuestos en los escritorios de equipos de cómputo, incluso por parte de personal directivo con conocimiento de la política.	Auditoría Interna	Debilidad en la cultura organizacional de seguridad de la información por falta de apropiación de los líderes (Tone at the Top) e ineficacia de las estrategias de sensibilización, agravada por la carencia de controles técnicos automatizados (GPO) que impidan el almacenamiento local de archivos. Esta falta de controles preventivos digitales, sumada a una supervisión física que no deriva en acciones disciplinarias, permite que se mantenga la informalidad y el riesgo de exposición de información sensible.	Correctiva	4. Aprobación de Lineamientos de Seguridad Documental: Solicitar al GITGT la actualización del Manual OTI-MN-002 y Política 8.7 para reflejar las nuevas restricciones de guardado. El OSI realizará la revisión y otorgará el aval de seguridad confirmando que el documento cumple el estándar antes de su publicación. (Control A.7.9 (Escritorio limpio y pantalla limpia)).	1 Correo/Memorando del OSI emitiendo el aval de seguridad a la nueva versión del manual.	1	4/5/2026	31/5/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Vencida Sin Avance			
SSI114/2025	25/05/2026	Auditoría de al Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 10	H10: La Oficina de Control Interno informó que, a pesar de la Política 8.7 (Manejo de Equipos de cómputo) que prohíbe guardar archivos en el escritorio, se siguen encontrando documentos expuestos en los escritorios de equipos de cómputo, incluso por parte de personal directivo con conocimiento de la política.	Auditoría Interna	Debilidad en la cultura organizacional de seguridad de la información por falta de apropiación de los líderes (Tone at the Top) e ineficacia de las estrategias de sensibilización, agravada por la carencia de controles técnicos automatizados (GPO) que impidan el almacenamiento local de archivos. Esta falta de controles preventivos digitales, sumada a una supervisión física que no deriva en acciones disciplinarias, permite que se mantenga la informalidad y el riesgo de exposición de información sensible.	Correctiva	5. Fortalecimiento del Régimen de Consecuencias: Establecer un protocolo formal articulado con la Oficina Asesora de Control Interno (OACI) para que los hallazgos reiterativos durante los recordos de verificación física deriven en un escalamiento a Talento Humano o Control Disciplinario. (Clausulas 7.2 y 7.3 (Competencia y Toma de conciencia).)	1 Protocolo/Lineamiento formalizado y Copias de oficios remitidos a Control Disciplinario (si hubiere reincidentes).	1	4/5/2026	12/6/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	Abierta Sin Avance			
SSI115/2025	25/05/2026	Auditoría de al Sistema de Seguridad de la Información 2025	Hallazgo No. 10	H10: La Oficina de Control Interno informó que, a pesar de la Política 8.7 (Manejo de Equipos de cómputo) que prohíbe guardar archivos en el escritorio, se siguen encontrando documentos expuestos en los escritorios de equipos de cómputo, incluso por parte de personal directivo con conocimiento de la política.	Auditoría Interna	Debilidad en la cultura organizacional de seguridad de la información por falta de apropiación de los líderes (Tone at the Top) e ineficacia de las estrategias de sensibilización, agravada por la carencia de controles técnicos automatizados (GPO) que impidan el almacenamiento local de archivos. Esta falta de controles preventivos digitales, sumada a una supervisión física que no deriva en acciones disciplinarias, permite que se mantenga la informalidad y el riesgo de exposición de información sensible.	Correctiva	6. Evaluación de Eficacia y Cobertura Tecnológica: Solicitar periódicamente al GITGT la entrega de informes de cobertura (extraídos del Directorio Activo o herramientas de inventario) que evidencien el porcentaje de equipos con las GPO aplicadas y activas, para que el OSI evalúe objetivamente la eficacia del control preventivo.(Clausula 9.1 (Seguimiento, medición, análisis y evaluación))	Informes de cobertura del Directorio Activo (entregados por GITGT) y Análisis de eficacia del OSI.	1	3/8/2026	14/8/2026	Oficial de Seguridad de la Información	0	No Abierta			