CITESE: 20260102115323EI
04/08/2026 16:25:18

COMUNICACIÓN INTERNA

Fecha: 4 de agosto de 2026

Para: Dr. Mefi Boset Rave Gómez
Personero de Medellín

Dr. Fernando Andrés Valencia Vallejo
Jefe de Planeación

CC: Líderes de Proceso, Promotores de Calidad, Auditores Internos y Auditores en Formación.

Asunto: Segundo Informe de Seguimiento al Estado del Plan de Mejoramiento Institucional 2026.

Cordial Saludo;

Por medio de la presente remito a ustedes los resultados del seguimiento al estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, contenidas en Plan de Mejoramiento Institucional.

El objetivo general de esta evaluación fue determinar el grado de implementación y eficacia de las acciones correctivas y preventivas formuladas por los líderes de procesos con el fin de dar solución a los hallazgos generados en las auditorías internas realizadas en el año 2025.

Adjunto a este comunicado encontrarán el informe respectivo.

Cordialmente;

Héctor Augusto Monsalve Restrepo
Jefe Oficina de Control Interno

Responsable:	Nombre y cargo	Firma
Proyectó:	Berta Isabel Correa Rico Auxiliar Administrativo	
Revisó y aprobó:	Héctor Augusto Monsalve Restrepo Jefe Oficina Control Interno	

BICORREA Tarea: 3673

CITESE: 20260102115323EI
04/08/2026 16:25:18

INFORME DE EVALUACION DEL ESTADO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL
(ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA)

FECHA DE CORTE: JULIO 31 DE 2026

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Medellín, agosto de 2026

BICORREA Tarea: 3673

1. OBJETIVOS:

- Determinar en qué medida los Líderes de Proceso establecen Planes de Mejora (acciones correctivas, preventivas y de mejora) como respuesta a los resultados de Auditoría y su evaluación según los parámetros establecidos dentro del proceso de Mejoramiento Continuo.

- Evaluar el grado de ejecución y eficacia de los Planes de Mejora (establecidos por los Líderes) a fin de corregir desviaciones y mejorar el desempeño de los procesos.

2. ALCANCE:

El alcance del presente seguimiento comprende la revisión del estado de todos los planes de mejora establecidos para las auditorías realizadas en el año 2025.

3. METODOLOGÍA:

La recolección de información para la presente evaluación se realiza a través de diversas actividades y fuentes de datos:

- Desde la Oficina de Control Interno, se realiza la revisión de la información en la plataforma del SGC de la Entidad.
- Se verifican las auditorías realizadas para el periodo de revisión y los resultados de estas.

Todos los resultados aquí expuestos se basan en el análisis del plan de mejoramiento institucional vigente a la fecha del Informe. Tanto las acciones correctivas como de mejora contenidas en el plan y las observaciones de seguimiento a cada una de estas.

4. ANÁLISIS GENERAL DE RESULTADOS:

Para el año 2025 se programaron 19 auditorías internas de calidad en el Plan Anual de Auditorias las cuales se desarrollaron en dos ciclos en los periodos marzo a junio y julio a octubre respectivamente. En dichas auditorias se realizó la evaluación y calificación de los planes de mejoramiento vigentes para cada uno de los procesos auditados, y por ende como resultado de estas auditorias se determinaron nuevos hallazgos a tratar y plasmar en el plan de mejoramiento para la vigencia 2025, de cada uno de estos procesos.

Además, en el mes de diciembre de 2025, los auditores realizaron el seguimiento al plan de mejoramiento institucional, mediante el cual se verificó el grado de implementación de las acciones correctivas y preventivas. Como resultado del análisis de evidencias, se determinó cuáles acciones cumplían los criterios para su cierre de acuerdo con su estado de avance, la suficiencia de los soportes documentales y la mitigación del riesgo asociado y cuáles debían permanecer en seguimiento continuo con el fin de evaluar su efectividad y sostenibilidad.

Durante los meses de marzo y abril de 2026, se evaluaron los avances en la implementación de los planes de mejoramiento aprobados por la Oficina de Planeación para los procesos auditados. Asimismo, se analizó el estado de las acciones formuladas por cada proceso dentro de dichos planes, las cuales fueron objeto de seguimiento y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno.

Como resultado de esta evaluación, las acciones quedaron en el siguiente estado:

- 3 acciones ejecutadas, en etapa de evaluación de eficacia.
- 3 acciones con retraso en su ejecución.
- 11 acciones cerradas eficaces.
- 16 acciones en ejecución.
- 1 acción cerrada no eficaz.

En consecuencia, el presente informe se enfoca en la evaluación del avance de 17 acciones que, a la fecha de corte, continúan abiertas y pendientes de cierre definitivo. Es importante precisar que, debido a que actualmente se encuentra en desarrollo el primer ciclo de auditorías de la vigencia 2026, los procesos de Vigilancia Administrativa e Instrucción (2), Atención al Público (2) y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (1) no serán incluidos en esta evaluación con un total de cinco (5) acciones a las cuales se les realizara el seguimiento al momento de culminar el proceso de auditoría actual. Lo anterior obedece a que el seguimiento y la evaluación de las acciones de mejoramiento implementadas en dichos procesos forman parte de las actividades propias de las auditorías que se encuentran en ejecución, siendo los equipos auditores los responsables de determinar su avance, cumplimiento y efectividad.

Por lo tanto, a continuación, presentamos gráfico en el cual se indica el número de hallazgos por procesos que se evaluaron en el presente informe, los cuales en su totalidad suman 17:

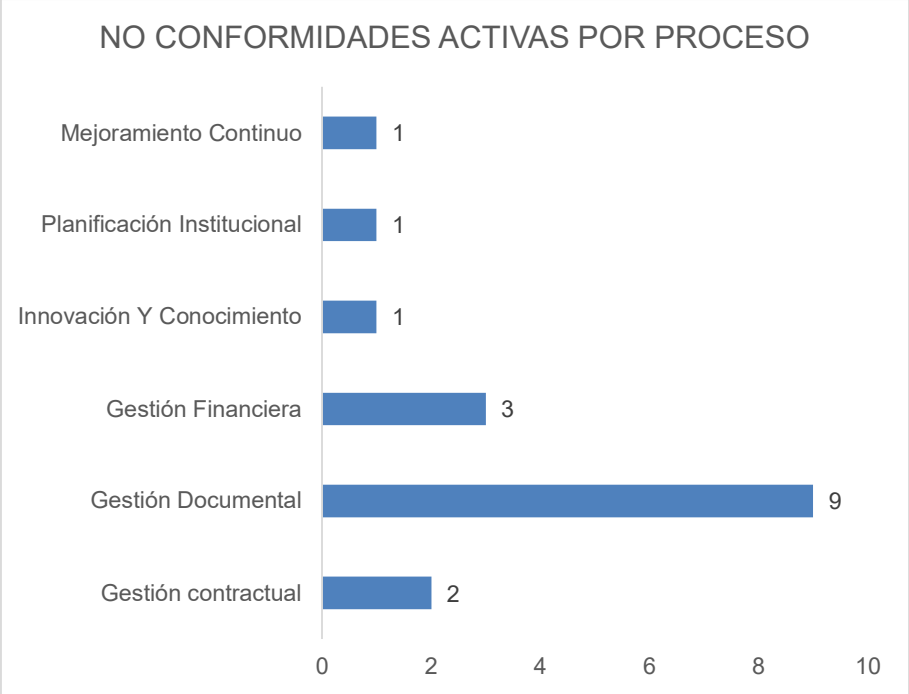

Gráfico 1: No conformidades activas por proceso

En cuanto a las labores de la Oficina de Control Interno, relacionadas con la calificación del estado de dichas Acciones Correctivas y Acciones de Mejora se tiene que las mismas quedaron en el siguiente estado:

- 14 ejecutadas evaluando eficacia
- 1 con retraso de ejecución
- 2 en ejecución

Para una mayor claridad, en la siguiente gráfica se presentan los datos del estado de las acciones correctivas por proceso:

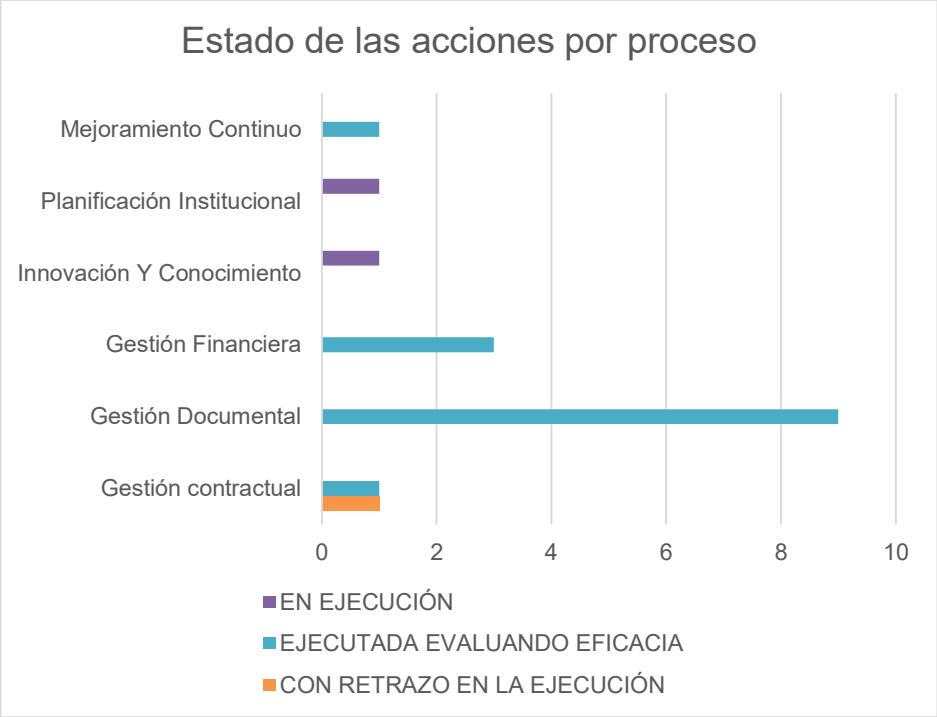

Gráfico 2: Estado de acciones por proceso

El estado de las Acciones al cierre de este informe según las evaluaciones realizadas por la oficina de Control Interno, son los siguientes:

GESTION CONTRACTUAL:

Este proceso presenta 2 acciones pendientes en el siguiente estado:

- 1 Ejecutada evaluando eficacia
- 1 con retraso en la ejecución

Descripción /hallazgos u oportunidad de mejora	Acción correctiva, preventiva o de mejora-actividades	Estado de la acción
1. De la revisión en el SECOP II de los contratos: a) 4600104397, se están utilizando formatos que no corresponden ejemplo el documento de estudios previos que cuyo código es FGCT028, se está utilizando el	Incorporar el habito de estar revisando los procedimientos en el SGC y descargar siempre	Ejecutada evaluando eficacia

formato FGCT013 que corresponde a "acto administrativo de justificación", así como el formato de minuta de contrato que corresponde al código FGCT050, se está utilizó el de estudios previos código FGCT028; al igual que el certificado de idoneidad y experiencia no se utiliza el que corresponde FGCT052, sino que se utiliza el de estudios previos FGCT028, igualmente el acta de inicio se está utilizando versión anterior, esto es, la No. 8 cuando la correspondiente es la No. 9. b) Contrato 4600104466, el acto de justificación no corresponde ya que se utiliza el acto de apertura FGCT003, y el correcto es el FGCT013, igualmente la minuta del contrato y el certificado de idoneidad y experiencia esta sobre formato de estudios previos FGCT028, el acta de inicio se está utilizando una versión anterior No.8, la cual la que corresponde es la No. 9 de la versión FGCT004. c) Contrato 4600104292, la minuta del contrato se realizó en el formato de estudios previos de proceso de selección FGCT027, siendo la correcta la FGCT050 "contrato persona jurídica", igualmente el acto administrativo de justificación está en el formato FGCT003 que corresponde al acto administrativo de apertura, siendo el correcto el FGCT013 d) Contrato 4600104904 el certificado de idoneidad y experiencia se está haciendo en formato "estudios previos contratación directa FGCT028", siendo el correcto el FGCT052, igualmente la minuta del contrato se realizó en formato FGCT028 "estudios previos contratación directa", lo cual no corresponde al formato diseñado para tal fin. e) Contrato 4600104557, el formato de idoneidad y experiencia se está utilizando una versión anterior, esto es la No. 1, siendo la actual la No. 2. f) Contrato No. 4600428597, se utilizó para la minuta de este contrato el formato FGCT050 que hace referencia al certificado de idoneidad y experiencia. g) Contrato 4600102473 el proyecto de pliego lo realizaron en formato que no corresponde, esto es, FGCT005 "Anexo al contrato", siendo el pertinente el formato FGCT039, igualmente el pliego definitivo y la minuta del contrato se realizó en formato FGCT005 "anexo al contrato", y los que corresponden son el FGCT039 Y FGCT050 respectivamente. De la revisión documental digital, evidencia obtenida y entrevista con el personal de apoyo, se identificó que en diversas actuaciones no se cumple con los formatos del SGC dispuestos para cada acto, sino utilizándose formatos cuyo código o versión, no corresponde a su naturaleza inicial, esta práctica desconoce la normatividad propia del control de	directamente del SGC todos los formatos que se utilizan como apoyo a los procedimientos. Semestralmente se revisará el cumplimiento de esta tarea en circulo de calidad.	

documentos de la entidad.		
2. De la revisión contractual sobre la relación (muestra aleatoria) anterior, y respecto de los actos que hacen parte del control de documentos y formatos del SGC de la entidad (actas circulo calidad y comunicaciones internas), así como de la entrevista realizada, se evidenció que la documentación del sistema de Gestión de Calidad que es elaborada y firmada por el personal de apoyo del proceso, en algunos eventos es radicada en el Sistema de Información de la Personería Distrital de Medellín. (SIP), y en otros no, lo que genera incumplimiento en el control y trazabilidad de los documentos del SGC.	Se realizará la creación de una cuenta genérica de Gestión Contractual en el SIP para realizar la creación de cada uno de los contratos como proyectos. Se solicitará capacitación e incorpora en los procedimientos que aplica de GC el manejo adecuado de este proceso en el SIP	Con retraso en la ejecución

GESTIÓN DOCUMENTAL:

Este proceso presenta 9 acciones pendientes en el siguiente estado:

- 9 Ejecutada evaluando eficacia

Descripción /hallazgos u oportunidad de mejora	Acción correctiva, preventiva o de mejora-actividades	Estado de la acción
1. CONFORMACION EXPEDIENTES ELECTRÓNICOS Se debe garantizar que las imágenes digitalizadas en las oficinas de correspondencia o en otras oficinas cumplan desde el principio con estándares archivísticos, además de los estándares técnicos informáticos, Dice la Norma Interna de Correspondencia que la digitalización de los documentos para adelantar el proceso de "Solución Alternativa de Conflictos", donde se anexa la solicitud de audiencia de Conciliación, es necesario que dicho documento sea digitalizado bajo una herramienta OCR, la cual permite generar un documento de formato RTF, y los servidores del proceso de solución alternativa de conflictos pueden interactuar con el documento, permitiendo agilidad y facilidad en el trámite pertinente. Al indagar como la entidad determina la información documentada necesaria para la producción, captura, organización y preservación de documentos digitales y dar cumplimiento al Artículo 2.4.3. del Acuerdo 001 de 2024 del AGN, no existen. En consecuencia, no se	Aprobación e implementación de los instrumentos archivísticos	Ejecutada evaluando eficacia

está dando cumplimiento a lo requerido por el Acuerdo 01-2024 y el numeral 7.5.2. de la norma ISO 9001-2015. (ver Circular Externa N.º 005 de 2012, que contiene recomendaciones para llevar a cabo procesos de digitalización y comunicaciones oficiales electrónicas en el marco de la iniciativa cero papel, y que brinda una línea base para la formulación de proyectos de digitalización) Falta de procedimientos para gestión documental electrónica También se evidencia la ausencia de documentación e implementación de los procedimientos para la gestión del índice electrónico y cierre formal de expedientes electrónicos, conforme a lo establecido en el Decreto 1080 de 2015.		
2. Decreto 1080 de 2015 - Artículo 2.2.1.1.2: "Las entidades del Estado deberán elaborar, adoptar e implementar las Tablas de Retención Documental o Tablas de Valoración Documental de los documentos de archivo, cualquiera sea su soporte, incluyendo las digitales. Durante la auditoría, al indagar por las Tablas de Retención Documental (TRD) y las de Valoración Documental (TVD) que den cumplimiento al marco legal archivístico, se constató que no existen las tablas de valoración y las TRD con que cuenta la entidad no cuenta con el acta de aprobación expedida por el Archivo General de la Nación (AGN) o la instancia competente y además se verificó que la entidad utiliza operativamente unas TRD que carecen de dicha aprobación formal. A pesar de ello, estas TRD están publicadas en la página web de la entidad como parte de la información de transparencia, lo que genera una falsa percepción de cumplimiento y normaliza el uso de documentación no controlada. (documento no controlado)	Convalidación de las TRD e implementación del control de versiones documentales y eliminación de los documentos no controlados	Ejecutada evaluando eficacia
3. No existe un procedimiento para el control referente a la preservación de documentos físicos y electrónicos de conservación permanente La entidad no ha determinado ni aplicado actividades de preservación para los documentos que constituyen evidencia de sus actividades y archivo de DDHH), lo que pone en riesgo su integridad, confidencialidad y disponibilidad a largo plazo, incumpliendo con ello la NTC-ISO 9001:2015, cláusula 7.5 (Información documentada): Requiere que la organización "proteja la información documentada" de alteraciones, pérdidas o usos inadecuados, lo cual es extensivo a los documentos permanentes.	Aprobación e implementación de los Instrumentos Archivísticos	Ejecutada evaluando eficacia

4. El Procedimiento PGDC003 "ORGANIZACIÓN ARCHIVO CENTRAL", secuencia 1, establece la elaboración del Plan de Transferencias anual, al indagar por el mismo dice que no existe "Plan de Transferencias Documentales Primarias" para el año vigente, ello constituye un Incumplimiento en la planificación de las transferencias documentales primarias establecido en el Decreto 2609 de 2012, Artículo 4.4.3, sobre la obligatoriedad de elaborar anualmente dicho plan y del Numeral 8.1 de la NTC-ISO 9001:2015 - Control operacional	Elaboración e implementación del Plan de Transferencias para la vigencia actual, el cual contempla la programación de las transferencias primarias desde las dependencias productoras hacia el Archivo Central, garantizando la trazabilidad de los movimientos documentales	Ejecutada evaluando eficacia
5. Al realizar visita al Archivo Central se encontró: -Documentos y expedientes apilados directamente sobre el suelo; -Ausencia de cajas archivadoras para la protección de documentos y condiciones que ponen en riesgo la integridad física de los documentos, ello constituye Condiciones inadecuadas de conservación documental en el Archivo Central incumpliendo con requisitos legales y las Condiciones de los archivos centrales Ley 594 de 2000, Artículo 27. Norma Técnica Colombiana NTC 5429 - Condiciones para la preservación de documentos y el Numeral 8.1 de la NTC-ISO 9001:2015	Se levantará el inventario documental, de acuerdo con las TVD y los demás Instrumentos Archivísticos, con el fin de determinar qué documentos continúan en el Archivo Central y cuáles se pueden eliminar o enviar al archivo histórico. Para ello, se realizará el cronograma respectivo	Ejecutada evaluando eficacia
6. Al verificar el papel con que dispone la entidad para soportar las actuaciones disciplinarias. Se encuentra que el papel es amarillo reciclado, el cual en concepto del Archivo General de la Nación no presenta a futuro una buena permanencia y durabilidad, es necesario sólo usarlo para producir documentos de apoyo o que tengan tiempos de retención bajos según su Tabla de Retención Documental así que no constituyan el patrimonio documental de la entidad y por ende de la nación: es una responsabilidad frente al derecho de acceso a la información. Ello incumple con la NTC 4436 y poniendo en riesgo la conservación documental a largo plazo	Dentro de los Instrumentos Archivísticos, incluidas las TRD, a aprobar, se encuentran los lineamientos del Sistema Integrado de Conservación. Una vez aprobados, se revisará la documentación del SIGC relacionada, para articularla con la normatividad vigente, para determinar la durabilidad de cada unidad documental	Ejecutada evaluando eficacia
7. Se evidencia incumplimiento en el proceso de radicación documental mediante la asignación no consecutiva de números de radicado y la utilización de múltiples formatos no estandarizados para comprobantes de radicación y la Ausencia de constancia escrita y justificación firmada para números anulados, vulnerando los principios de orden, consecutividad y uniformidad establecidos la normativa archivística colombiana.	Se articulará con Innovación y Conocimiento para la unificación de los formatos de radicación	Ejecutada evaluando eficacia

8. Al preguntar por el cumplimiento e cuanto a la Política de Gestión de Documentos Electrónicos y un Plan de Implementación, se encuentra que la entidad no ha definido Especificaciones Técnicas para los documentos electrónicos, formatos, metadatos, ni de un sistema de Gestión Documental Electrónico que garantice la integridad, autenticidad, confidencialidad y disponibilidad de los documentos, ni se cuenta con TRD Electrónica específica para los documentos digitales propios de la entidad , tampoco existen procedimientos para la conservación a largo plazo de documentos electrónicos, incluyendo migraciones y conversiones.	Se diligenciarán los formatos establecidos por el Archivo General de la Nación en la cartilla "Pautas para el diagnóstico integral de archivos" y el establecimiento de campos específicos necesarios para determinar el estado de la conservación de los documentos físicos y la preservación de los documentos electrónicos de acuerdo con el contexto de la entidad. Además, se recolectará información institucional como actos administrativos, planes, manuales, procedimientos, guías e instructivos que señale el estado de la gestión documental y de información en la entidad.	Ejecutada evaluando eficacia
9. Infraestructura y Recursos, Los espacios físicos de archivo (Gestión, Central) no cumplen con las condiciones técnicas de seguridad, ¿ambientales y de conservación? NTC 5429; AGN no se cuenta con el mobiliario y equipos adecuados (estanterías, unidades de conservación, etc.) para la correcta preservación documental en especial del archivo de Gestión de cada uno de los procesos.	Se llevará a la Alta Dirección, para que se incluya dentro de las próximas adecuaciones. Adicionalmente, dentro del contrato con Alpopular, se encuentra la custodia de parte del archivo central de la entidad.	Ejecutada evaluando eficacia

GESTIÓN FINANCIERA

Este proceso presenta 3 acciones pendientes las cuales se encuentran en el siguiente estado:

- 3 Ejecutada evaluando eficacia

Descripción /hallazgos u oportunidad de mejora	Acción correctiva, preventiva o de mejora-actividades	Estado de la acción
1. Respecto al procedimiento Tramites de Facturación Electrónico (PGFI010) se observó que no se ejecutan la secuencia 1, 2 y 3, se informó que las facturas se remiten a correo de recepción facturas del Distrito que se integra al SAP; el formato FGFI004 de la secuencia	Incorporar el habito de estar revisando los procedimientos en el SGC y descargar siempre directamente del SGC todos los formatos que se utilizan como apoyo	Ejecutada evaluando eficacia

4 y el procedimiento PGFI007 de la secuencia 12, no hacen parte de la documentación del SGC	a los procedimientos. Semestralmente se revisará el cumplimiento de esta tarea en círculo de calidad.	
2. Se observó que en la secuencia 2 del procedimiento Expedición certificado hipotecario (PGFI013), se remite al archivo denominado Amortización Créditos de Vivienda, mismo que se diligencia, sin embargo, no hace parte de los documentos del SGC y que las secuencias 2 y 3 las realiza un Auxiliar Administrativo, contrario a lo estipulado en responsables	Incorporar el habito de estar revisando los procedimientos en el SGC y descargar siempre directamente del SGC todos los formatos que se utilizan como apoyo a los procedimientos. Semestralmente se revisará el cumplimiento de esta tarea en círculo de calidad.	Ejecutada evaluando eficacia
3. "Por su parte, en el procedimiento Estudio Capacidad Endeudamiento Programa Vvda (PGFI017) se evidenció en las secuencias 3, 4 y 5 que no se relaciona código del formato Evaluación Capacidad de Pago Vivienda; que en la secuencia	Incorporar el habito de estar revisando los procedimientos en el SGC y descargar siempre directamente del SGC todos los formatos que se utilizan como apoyo a los procedimientos. Semestralmente se revisará el cumplimiento de esta tarea en círculo de calidad.	Ejecutada evaluando eficacia

INNOVACIÓN Y CONOCIMIENTO

Este proceso presenta 1 acción pendiente la cual se encuentra en el siguiente estado:

- 1 En ejecución

Descripción /hallazgos u oportunidad de mejora	Acción correctiva, preventiva o de mejora-actividades	Estado de la acción
1. Los documentos del SGC del proceso auditado presentan una desactualización frente a las actividades que se adelantan, a manera de ejemplo se presenta: a. PDIC001 RESPALDO DE LA INFORMACION, PDIC009 LISTA DE CHEQUEO DE ESTADO SERVIDORES Y C DATOS, FDIC001 CRONOGRAMA DE RESPALDOS DE LA INFORMACION, entre otros, esto se constituye un incumplimiento a los numerales 4.4 y 7.5.3 de la NTC 9001:2015 b. El PETI (Plan Estratégico de Tecnologías de la Información) como documento que define la estrategia de una organización para utilizar las tecnologías de la información (TI), no se encuentra vigente pues el que se encuentra vinculado en el SGC NDIC001 NORMA PLAN ESTRATEGICO TECNOLOGÍAS DE LA	Avocar revisión y ajuste, de ser necesaria, de toda la documentación del proceso en el SGC, así como de PETI.	En ejecución

INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES – PETI, tuvo vigencia entre 2020 a 2024 y debe ser actualizado cada año		

MEJORAMIENTO CONTINUO

Este proceso presenta 1 acción pendiente la cual se encuentra en el siguiente estado:

- 1 Ejecutada evaluando eficacia

Descripción /hallazgos u oportunidad de mejora	Acción correctiva, preventiva o de mejora-actividades	Estado de la acción
1. Se observa que el Plan de mejoramiento institucional publicado en la Intranet de la entidad es un archivo nombrado como "Plan de mejoramiento – diciembre 11" sin embargo, al abrirlo se encuentra un archivo que esta desactualizado frente al informe consolidado compartido por la Oficina de Control Interno a través de correo electrónico del 24 de compartido por la Oficina de Control Interno a través de correo electrónico del 24 de noviembre de 2025, en el cual ya se incluyen los hallazgos de las auditorías internas adelantadas en el primer semestre de 2025, lo cual incumple el requisito 7.5.2 de la NTC 9001:2015	Ejercer control y realizar revisiones (meses de abril, agosto y diciembre) de su implementación en la intranet corporativa	Ejecutada evaluando eficacia

PLANEACIÓN ESTRATEGICA

Este proceso presenta 1 acción pendiente la cual se encuentra en el siguiente estado:

- 1 en ejecución

Descripción /hallazgos u oportunidad de mejora	Acción correctiva, preventiva o de mejora-actividades	Estado de la acción
1. Gestión documental y transferencia primaria 1.1 Vinculación en SIP. El 27 de septiembre de 2025, en la revisión de la documentación generada por el proceso, correspondiente a los proyectos del Plan de Acción (1. PA-Indicadores-PI-Ene-Dic 2025): * Desarrollo de Alianzas Estratégicas y * Ecosistema de Conocimiento y Colaboración, se evidenció que NO se registraron en SIP los cinco (5) informes que dan cuenta de la ejecución de las actividades con reporte en abril y mayo de 2025,	2.1 Solicitar capacitación al proceso de Innovación y conocimiento en el manejo del SIP. 2.2 Cumplir el procedimiento establecido en la norma NDP001	En ejecución

tales como: *Realizar un diagnóstico inicial para identificar actores clave en cada sector, * Establecer protocolos de cooperación y respuesta conjunta, * Identificar áreas críticas de DDHH y Ambientales que puedan ser abordados mediante proyectos colaborativos con aliados estratégicos, *Crear un plan para sistematizar y centralizar la información institucional e * Identificar entidades públicas, privadas y mixtas con las cuales establecer alianzas. Lo anterior incumple los numerales 1.3.5 de la Norma general del Sistema (NDPI001), sobre la radicación de todo documento en el sistema de información, al igual que la secuencia 3a del Procedimiento Elaboración de Documentos (PDPI001) que indica: "Radicar el documento a través del sistema de información.", y puede generar, además, inconsistencias en el acceso a la información y afectar la trazabilidad e integridad de la información del proceso. 1.2 Las actas de los círculos de calidad y grupo primarios de 2025 fechados del 28 agosto, 7 de julio, 9 de junio, 23mayo, 2 de abril, 25 de marzo, 27 de febrero y 15 de enero, en total ocho (8), fueron vinculadas en la Actividad 194360 del SIP, se evidenció que en todas, la firma del líder es una imagen pegada, igual situación se presentó en las actas de mayo, junio, julio, agosto, octubre, noviembre y diciembre de 2024, actividad 193516 del SIP, y en el Informe de Evaluación Jornada Toma de Conciencia del Sistema de Gestión de la Calidad 2024 con CITESE : 20240101617313EI fechado del 21/11/2024 15:01:26, contrariando la Norma General del Sistema (NDPI001) en su numeral 1.3.5 párrafo 2: "Todo documento que deba ser firmado por un integrante de la Personería Distrital de Medellín se radicará en el sistema de información por quién lo elaboró antes de imprimirlo, después de su firma será escaneado y vinculado en la misma actuación, negocio o proyecto del SIP (...)". 1.3 Se informó que en el proceso no se han realizado transferencia primaria al archivo central de su producción documental (archivos de gestión) de la vigencia 2023, incumpliendo lo establecido en la Tabla de Retención Documental (TRD) vigente versión 1, los lineamientos establecidos en el numeral 1.14 de la Norma Manejo del Archivo (NGDC002) respecto a la transferencia documental y el control de la Información Documentada del numeral 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001-2015, al igual que el diligenciamiento de los respetivos inventarios documentales, como le establece el Artículo 2.8.2.2.4. del Decreto 1080 de 2015 Sector Cultura; estas omisiones representan un riesgo para la conservación, integridad y disponibilidad de la información, puede generar riesgos legales por la pérdida de información, además de afectar el cumplimiento de los tiempos establecidos para la transferencia documental.	2.3 Actualmente se desarrolla Contrato con Alpopular 4600104787, que contiene la aplicación de nuevas tablas de retención documental que se usaran cuando el Comité de archivo Departamental las apruebe.	

CONCLUSIONES

- Se evidenció un avance satisfactorio en la implementación de las acciones de mejora objeto de seguimiento. De las 17 acciones evaluadas, 14 se encuentran ejecutadas y en etapa de evaluación de eficacia, lo que evidencia una gestión favorable por parte de los procesos responsables en la atención de los hallazgos identificados. Asimismo, 2 acciones continúan en ejecución y 1 presenta retraso en su implementación.

- En términos generales, los resultados obtenidos reflejan un adecuado nivel de cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional; no obstante, resulta necesario mantener el seguimiento sobre las acciones pendientes y verificar la eficacia de las acciones implementadas, con el fin de asegurar la sostenibilidad de las mejoras y prevenir la recurrencia de las situaciones que dieron origen a los hallazgos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los Lideres de proceso se tomen medidas en el corto plazo para atender de manera inmediata la acción que presenta retraso en ejecución, para proceder al cierre de esta.

- Se recomienda a los líderes de proceso mantener el seguimiento y monitoreo de las acciones que actualmente se encuentran en etapa de evaluación de eficacia, asegurando la recopilación y conservación de evidencias suficientes que permitan demostrar la sostenibilidad de los resultados alcanzados, la mitigación de las causas que originaron los hallazgos y la efectividad de las medidas implementadas, con el fin de proceder a su cierre definitivo.

- Se sugiere a los líderes de Proceso, celeridad en la construcción, presentación y publicación de los planes de mejoramiento, revisando todas las fuentes (Auditorías Internas, Revisión por la Dirección, ICONTEC, Contraloría General, Auditorías Externas) con la finalidad de poder hacer

seguimiento oportuno y contribuir así a la mejora continua del Sistema de Gestión de la Personería Distrital de Medellín.

- Se recomienda así mismo, tener siempre presente, el hacer un minucioso "*análisis de causa*" en relación con los hallazgos y la generación de "*acciones correctivas*", de tal manera que estas últimas apunten a eliminar la causa del hallazgo y evitar con ello repetirlo.

Desde la Oficina de Control Interno esperamos que este informe sea de utilidad para cada uno de los procesos, en el fin común de dar cumplimiento a los objetivos misionales y legales de la entidad y con ello continuar construyendo ciudad en beneficio de la comunidad y apostarle a la mejora del servicio público.

Cordialmente,

Héctor Augusto Monsalve Restrepo
Jefe Oficina de Control Interno

Responsable:	Nombre y cargo	Firma
Proyectó:	Berta Isabel Correa Rico Auxiliar Administrativo	
Revisó y aprobó:	Héctor Augusto Monsalve Restrepo Jefe Oficina Control Interno	