



INFORME EJECUTIVO Y/O RESUMEN

**AUDITORIA INTERNA AI-SCI-07-2026
GESTIÓN DE LA PLANEACION
INSTITUCIONAL
2026-09-04**

OFICINA DE CONTROL INTERNO

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1 OBJETIVO GENERAL	4
2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
3 ALCANCE	4
5 CONCLUSIONES	22

INTRODUCCIÓN

El presente informe presenta los resultados obtenidos de la auditoría interna de evaluación realizada al proceso de Planeación Institucional, enfocada en verificar el cumplimiento del marco legal, normativo y reglamentario que rige la formulación, seguimiento y control de la planeación estratégica y operativa de la entidad.

Esta auditoría al proceso de Planeación Institucional, tiene una especial relevancia en la medida en que la planeación estratégica representa el eje que articula el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Sistema Integrado de Gestión (SIG), por lo tanto, de su adecuada ejecución depende el alineamiento de los planes operativos, la asignación eficiente de los recursos institucionales, la mitigación oportuna de los riesgos de gestión y, el cumplimiento efectivo de los objetivos e indicadores de impacto comprometidos no solo ante la Alta Dirección, sino ante la sociedad.

Los hallazgos y observaciones detallados en este documento constituyen un insumo orientado a visibilizar tanto los aspectos fuertes del proceso como las oportunidades de mejora en la integridad, consistencia y oportunidad de la información estratégica y operativa reportada.

1 OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias que fundamentan el proceso de Planeación Institucional.

2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Verificar el cumplimiento del direccionamiento de la entidad de manera eficaz y eficiente con el fin de alcanzar los objetivos estratégicos.
2. Evaluar la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento (Acciones Preventivas y Acciones Correctivas) producto de las auditorías internas,
3. Evaluar la efectividad de los controles de los riesgos asociados al proceso.

3 ALCANCE

Desde la última auditoria hasta la fecha de la presente auditoria en las actividades relacionadas con los procedimientos del SIG descritos en los criterios de auditoría. Esta auditoría aplica específicamente para los siguientes documentos relacionados en el PUNAS en el ítem criterios:

- DG-E-P-019 Planeación Estratégica.
- DG-E-I-004 Formular, ejecutar y hacer seguimiento al Plan operativo y tablero de control.
- DG-E-P-021 Gestión de proyectos a través de cooperación internacional e interinstitucional

4 HALLAZGOS

HALLAZGO N° 1: INCONSISTENCIAS Y DEBILIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA BALANCED SCORECARD PARA LA FORMULACIÓN, DESPLIEGUE Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL

Descripción:

Durante la auditoría al proceso de Gestión de la Planeación Institucional se evidenció que la entidad adoptó la metodología Balanced Scorecard como marco para la formulación de su Plan Estratégico Institucional denominado “Aportamos a la justicia en favor de la vida” para el periodo 2023-2026, esto según lo definido en el instructivo “DG-E-I-004 Formular, ejecutar y hacer seguimiento al plan operativo y tablero de control de la planeación y gestión institucional”; sin embargo, se identificaron inconsistencias y debilidades en la implementación de dicha metodología, toda vez que:

- Aunque se definieron objetivos estratégicos e iniciativas asociadas a las diferentes perspectivas del modelo, no se evidenció en el mapa estratégico diseñado el establecimiento de las relaciones causa-efecto entre los objetivos.
- No se encontraron metas estratégicas cuantificables para la totalidad del horizonte del plan (periodo 2023-2026), que permitieran determinar los resultados esperados al final del cuatrienio.
- Tampoco se observó una desagregación anual de metas que facilitara el seguimiento progresivo y la evaluación del avance hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

- Los indicadores definidos para el seguimiento de la estrategia presentaron variaciones entre vigencias, tanto en cantidad como en composición, dificultando la continuidad de la medición, la comparabilidad histórica de los resultados y el análisis de tendencias.
- El aspecto crítico de la no existencia de metas cuantitativas y documentadas desde el momento de la formulación del Plan Estratégico es que no se puede reconstruir la cadena de medición de la estrategia, es decir:

Objetivo estratégico → Indicador estratégico → Meta cuatrienal → Meta anual → Iniciativa estratégica → Resultado esperado.

Al no evidenciarse esta cadena de trazabilidad, resulta difícil demostrar el avance real de la estrategia institucional, evaluar su efectividad y sustentar el cumplimiento de los resultados previstos al final del período de planeación.

Criterio/Requisito:

- DG-E-I-004 Formular, ejecutar y hacer seguimiento al plan operativo y tablero de control de la planeación y gestión institucional (Ítem 2. Plan estratégico)

La metodología Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral establece que la estrategia debe traducirse en un conjunto coherente de objetivos estratégicos organizados en diferentes perspectivas, vinculados mediante relaciones de causa-efecto, medidos a través de indicadores definidos y estables, acompañados de metas y de iniciativas que permitan materializar la estrategia y asegurar su despliegue hasta los niveles tácticos y operativos de la entidad.

Adicionalmente, los principios de la gestión estratégica exigen que los objetivos institucionales sean medibles, cuenten con metas definidas para el horizonte de planeación y permitan realizar seguimiento periódico al avance y cumplimiento de los resultados esperados.

- Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG 7ª Dimensión. Componente: Ambiente de Control.
- Lineamiento 3. *Establece la planeación estratégica, con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento*

Evidencia:

El Plan Estratégico publicado en la web (documento de 5 diapositivas) agrupa sus objetivos en las perspectivas del Balanced Scorecard, pero no establece ni soporta documentalmente las relaciones de causa-efecto entre ellos.

No se evidencian líneas base ni metas definidas para el horizonte de 4 años o su desglose anual para medir el aporte de las iniciativas estratégicas.

Los indicadores estratégicos variaron constantemente en composición y número (36 en 2023, 40 en 2024 y 44 en 2025), impidiendo la comparabilidad histórica.

No se encontró documentación que articule *Objetivos → Iniciativas → Indicadores → Metas*, lo que limita la trazabilidad de la estrategia institucional para medir el aporte de cada iniciativa al logro de los objetivos estratégicos, cuáles fueron los resultados previstos para cada vigencia y cómo se evaluaría el avance acumulado durante el cuatrienio. Igualmente, dificulta el seguimiento, la medición del desempeño estratégico y la evaluación objetiva del cumplimiento de los resultados esperados.

HALLAZGO N° 2 DEFICIENCIAS EN EL DISEÑO DEL SISTEMA DE MEDICIÓN, FORMULACIÓN DE INDICADORES ESTRATÉGICOS, MONITOREO, ANÁLISIS Y SOCIALIZACIÓN DE INFORMES DEL CUMPLIMIENTO DEL PEI.

Descripción:

Durante la auditoría al proceso de Gestión de la Planeación Institucional, se identificaron deficiencias y debilidades estructurales y metodológicas en el sistema de medición, seguimiento y evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) y los Planes Operativos Anuales (POA). Específicamente, se constataron limitaciones en la definición de la periodicidad de los indicadores estratégicos, falta de correlación entre los niveles estratégico y táctico, subjetividad en el reporte de avance de actividades, extemporaneidad en la presentación de informes a las instancias de decisión, inconsistencias en los datos consolidados y ausencia de trazabilidad formal de los compromisos de mejora. Esta situación afecta directamente la oportunidad, confiabilidad, consistencia, objetividad y verificabilidad de la información de gestión, limitando la toma de decisiones estratégicas en tiempo real por parte de la Alta Dirección.

Criterio/Requisito:

- DG-E-I-004 Formular, ejecutar y hacer seguimiento al plan operativo y tablero de control de la planeación y gestión institucional (Ítems: 2. Plan estratégico, 3. Plan Operativo Anual, 4. Tablero de Control de la Planeación).
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG 7ª Dimensión. Componente: Ambiente de Control.

Lineamiento 3. *Establece la planeación estratégica, con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento.*

3.3 *Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.*

Evidencia:

1. En ISolucion, los 44 indicadores estratégicos del PEI se miden exclusivamente con frecuencias semestrales (18) y anuales (26). Esta periodicidad tan amplia convierte el seguimiento en una evaluación *ex-post* que resta margen operativo para implementar mejoras oportunas dentro de la misma vigencia, limitando el control estratégico por parte del Director General y su Equipo Directivo.
2. La baja periodicidad de medición reduce la utilidad de los indicadores como herramienta de dirección, impidiendo detectar desviaciones, evaluar la efectividad de las iniciativas y adoptar acciones correctivas a tiempo. Esto orienta la información a una evaluación tardía de cierre de período, cuando la capacidad institucional para corregir el rumbo es significativamente menor
3. Los indicadores tácticos de los Planes Operativos Anuales (POA), no guardan una relación con los objetivos e indicadores estratégicos del Instituto. Esta falta de alineación dificulta medir de forma integral los resultados y demostrar cómo los productos y actividades de cada unidad

organizacional aportan al cumplimiento del PEI.

4. Durante el periodo 2023–2025, mientras los POA reportaron un cumplimiento promedio del 96% en actividades, las metas del PEI apenas alcanzaron un 57% de ejecución. Esta diferencia evidencia una brecha significativa entre la gestión operativa diaria y el logro de los resultados estratégicos, demostrando que un alto cumplimiento operacional no guarda una relación proporcional con el avance de las metas institucionales.
5. Aunque el Plan de Acción Anual 2025 desagrega las actividades en tareas con pesos porcentuales y metas trimestrales, los avances reportados para cada tarea los asignan los responsables de manera subjetiva, sin fórmulas ni criterios cuantificables estandarizados. Dado que el cumplimiento final de la actividad resulta de la sumatoria de estas mediciones sin sustento técnico, se compromete la objetividad, confiabilidad y trazabilidad del indicador, generando el riesgo de reportar percepciones individuales en lugar de resultados reales.
6. Los informes trimestrales de ejecución del Plan de Acción Anual son elaborados por la Oficina de Planeación y publicados en la página web de la entidad, tal como se observa en la siguiente imagen. Sin embargo, no se encontró evidencia de que estos sean presentados, sustentados y analizados ante el Director General, al Equipo de Dirección y a la Junta Directiva para el análisis de resultados y la toma de decisiones.
7. Los resultados del Plan Estratégico al cierre de la vigencia 2025 fueron presentados al Equipo Directivo de manera extemporánea (hasta el 18 de marzo). Esta falta de oportunidad en el reporte limita la capacidad de la Alta Dirección para evaluar a tiempo el desempeño institucional, detectar desviaciones frente a las metas y adoptar acciones correctivas o preventivas antes del cierre de los periodos estratégicos.
8. En el archivo suministrado por la Oficina de Planeación denominado “2025” el cual presenta el nivel de avance del Plan de Acción Anual 2025 se observan las siguientes tareas con 0% de ejecución:
 - Fila 25 (SSF - Atención Diferencial): "Socializar protocolos en comunidades indígenas y LGBTIQ+" (0% avance).
 - Fila 81 (SAF - Obsolescencia Tecnológica): "Clasificar grado de obsolescencia de equipos ofimáticos" (Reversado de oficio al 0% por evidencias inconsistentes).
 - Fila 82 (SAF - Diagnóstico Tecnológico): "Consolidar diagnóstico de equipos ofimáticos" (Reversado al 0% por inconsistencias).
 - Fila 101 (SIC - Transferencia de Conocimiento): "Implementar estrategia de transferencia en patología forense" (0% avance por retraso contractual).
9. En la página 16 del documento “Informe de Avance del Plan Estratégico del INMLCF 2023-2026” se señala que, para la vigencia 2025, se alcanzó la meta en 28 de los 41 indicadores estratégicos, lo que corresponde a un cumplimiento del 68%. No obstante, al verificar la información presentada en las gráficas asociadas a los indicadores estratégicos, se observa que estas registran un total de 44 indicadores, de los cuales 28 alcanzaron la meta, lo que equivale a un cumplimiento del 63,6%.
10. La Oficina de Planeación realiza reuniones de seguimiento con las áreas que presentan bajo cumplimiento en el POA, pero no genera registros formales (actas o compromisos) que

documenten las causas, responsables y plazos de mejora. Aunque existen grabaciones de estas reuniones, estas se encuentran bajo custodia de la profesional responsable de los temas de Planeación Estratégica, correspondiendo a una práctica individual que no constituye un mecanismo institucional de documentación y seguimiento, lo que reduce la capacidad de verificar el avance y la efectividad de las acciones implementadas para corregir los incumplimientos identificados en los POA.

HALLAZGO N°3 INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN ESTRATÉGICO DEL INMLCF 2023-2026

Descripción:

Se evidenció en la auditoría interna al Proceso de Gestión de la Planeación Institucional que durante el período comprendido entre 2023 y 2025, el cumplimiento promedio de las metas del Plan Estratégico fue del 57%. Los resultados anuales evidencian un avance gradual, con niveles de cumplimiento del 50% en 2023, 57,5% en 2024 y 63,4% en 2025. Asimismo, se identifica un 17% de metas sin registro de avance o cumplimiento, lo que limita la medición integral de los resultados alcanzados. Adicionalmente, un ejercicio prospectivo realizado por la Oficina de Planeación indica que, aun cuando en 2026 se lograra el cumplimiento total de las metas programadas para esa vigencia, el nivel de ejecución acumulado del Plan Estratégico del cuatrienio alcanzaría únicamente el 67,73%, porcentaje inferior al esperado para el cierre del período.

Criterio/Requisito:

- DG-E-I-004 Formular, ejecutar y hacer seguimiento al plan operativo y tablero de control de la planeación y gestión institucional. Item 4. Tablero de control de la planeación.
 - Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG 7ª Dimensión. Componente: Ambiente de Control. Lineamiento 3. Establece la planeación estratégica, con responsables, metas, tiempos que faciliten el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento.
- 3.3 Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento.

Evidencias:

El documento “Informe de Avance del Plan Estratégico del INMLCF 2023-2026” presenta los resultados del PEI con corte a diciembre de 2025, tal como se observa en la siguiente imagen:

Tabla No 1 Resultados análisis cumplimiento de metas de planeación estratégica (Cuadro de Mando Integral)

Fecha	Porcentaje de metas cumplidas		Porcentaje de metas no cumplidas o que no aplican		Porcentaje de metas no reportadas	
2023	50%	20	30%	12	20%	8
2024	57,5%	23	27,5%	11	15%	6
2025	63,4%	30	20%	4	17,1%	7
Promedio	57%		26%		17%	
Avance ponderado reportado 2023-2025	42,73%		-		-	

En sesión extraordinaria del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizada el 18 de marzo de 2025 la Jefe de la Oficina de Planeación informó que se proyecta que el nivel de ejecución acumulado del Plan Estratégico del cuatrienio alcanzará únicamente el 67,73%.

relacionados con el contexto institucional, marco normativo, política exterior, Estrategia Nacional de Cooperación Internacional (ENCI), Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Plan Nacional de Desarrollo (PND) y las fases para la gestión de la cooperación. No obstante, dicho documento no establece de manera explícita una priorización institucional de temas estratégicos de cooperación ni define formalmente los ejes temáticos que orienten la oferta y demanda de cooperación del Instituto.

Si bien la estrategia hace referencia a la necesidad de focalizar la cooperación mediante ejes temáticos, no se identificó la formulación, descripción, alcance, líneas de acción o aprobación de estos, por lo que el documento constituye una propuesta metodológica y estratégica para la gestión de la cooperación, mas no la definición formal de los ejes temáticos requeridos por el procedimiento institucional.

HALLAZGO N°5 DEBILIDADES EN LA ARTICULACION, EVALUACION, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS CONVENIOS O PROYECTOS DE COOPERACION INTERNACIONAL E INTERINSTITUCIONAL

Descripción:

Durante la auditoría al proceso de Gestión de la Planeación Institucional, específicamente sobre la gestión de los convenios y proyectos de cooperación internacional e interinstitucional, se evidenciaron debilidades en los mecanismos de coordinación entre las unidades organizacionales responsables de los convenios y proyectos y la Oficina de Planeación, así como en las actividades de reporte de resultados, consolidación de reportes y presentación de informes de resultados al Comité Directivo establecidas en el procedimiento DG-E-P-021 Gestión de proyectos a través de cooperación internacional e interinstitucional.

Se observó que la suscripción y ejecución de los convenios carece de un proceso formal de validación y aprobación institucional que garantice su alineación con las necesidades estratégicas y misionales del Instituto. Adicionalmente, los informes semestrales elaborados por los responsables de los convenios y los consolidados generados por la Oficina de Planeación presentan limitaciones para evaluar objetivamente los resultados, beneficios, impactos, cumplimiento de metas, ejecución de actividades y oportunidades de mejora derivadas de las iniciativas de cooperación.

Lo anterior limita la capacidad institucional para realizar seguimiento efectivo a los convenios, generar análisis de valor agregado para la toma de decisiones y verificar el aporte real de estas iniciativas al cumplimiento de los objetivos institucionales.

Criterio/Requisito:

- DG-E-P-021 Gestión de proyectos a través de cooperación internacional e interinstitucional, Ítems:
 - 7.4.3. Actividad 3. Gestionar proyecto(s) y/o convenio(s) de cooperación internacional o interinstitucional
 - 7.4.5. Actividad 5. Verificar resultados de los convenios y proyectos de cooperación internacional e interinstitucional
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG 7ª Dimensión. Componente: Actividades de Control. Lineamiento 12. Despliegue de políticas y procedimientos.

Evidencia:

1. No se evidenció el diligenciamiento del formato DG-E-P-021-F-003 Perfil de Proyectos para los proyectos y convenios revisados, pese a estar definido como instrumento del procedimiento, lo que impide documentar y evaluar previamente aspectos relacionados con la necesidad institucional, pertinencia, viabilidad, alineación estratégica y relación costo-beneficio de las iniciativas de cooperación.
2. El procedimiento DG-E-P-021 no contempla un punto de control que establezca la revisión, validación y aprobación interna de las propuestas de proyectos o convenios por parte de la Oficina de Planeación o del Comité Directivo antes de su formalización, existiendo únicamente actividades asociadas a la presentación y análisis de viabilidad por parte de la entidad cooperante externa.
3. Los informes de resultados presentados por los responsables de los proyectos mediante el formato DG-E-P-021-F-002 Informe de Resultados contienen, en la mayoría de los casos, información general y descriptiva, sin indicadores, evidencias o resultados específicos que permitan medir objetivamente el grado de cumplimiento, los beneficios alcanzados y el impacto generado durante el periodo reportado.
4. Los informes de gestión de los proyectos y convenios de cooperación elaborados por la Oficina de Planeación corresponden principalmente a una recopilación de la información reportada por los responsables de dichos convenios, sin evidenciar análisis detallados y críticos orientados a determinar resultados, impactos, riesgos, dificultades presentadas, cumplimiento de cronogramas o niveles de ejecución de los compromisos adquiridos.

Del análisis al Informe de Gestión 2024 de Planeación, se constató que 15 de los 28 convenios evaluados no reportan resultados reales u obtenidos. En su lugar, el informe transcribe los resultados esperados al momento de la firma y carece de datos específicos, cuantificables y verificables que demuestren el impacto e informe el avance efectivo de la ejecución.

5. Al comparar el consolidado de seguimiento de 2024 (53 convenios) con el de 2025 (32 convenios), se evidenció la omisión de 21 instrumentos de cooperación (13 nacionales y 8 internacionales) sin soporte que acredite su cierre formal, liquidación o evaluación de resultados. Esta falta de registro en las regionales Occidente, Oriente, Suroccidente y Nivel Central impide la trazabilidad de los acuerdos y la verificación del cumplimiento de sus objetivos institucionales.
6. Los informes de Planeación y del líder del convenio no cuentan con información suficiente para determinar el avance real, los resultados y el cumplimiento del convenio para el Laboratorio de Antropología Forense en Pereira. Esta debilidad en el seguimiento es relevante al tratarse de un proyecto de \$1.400 millones vinculado directamente al cumplimiento obligatorio de las medidas cautelares del Auto 073 de 2023 dictado por la JEP y al fortalecimiento de las capacidades institucionales para la atención de procesos relacionados con la búsqueda, identificación y garantía de los derechos de las víctimas.
7. No se encontró evidencia de la presentación de los informes anuales de seguimiento de proyectos y convenios ante el Comité Directivo, actividad contemplada en la tarea 2 del numeral 7.4.5 del procedimiento DG-E-P-021 Gestión de proyectos a través de cooperación internacional e interinstitucional.

HALLAZGO N°6 REITERACIÓN DEL INCUMPLIMIENTO RELACIONADO CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE ISOLUCION.

Descripción:

Durante la auditoría al proceso de Gestión de la Planeación Institucional se evidenció que persiste la no utilización completa del Módulo de Planeación Estratégica del aplicativo ISOLUCIÓN, situación que había sido identificada y comunicada en auditorías y seguimientos realizados en vigencias anteriores, sin que a la fecha se hayan adoptado medidas efectivas que permitan su implementación y uso integral por parte de la entidad.

El módulo fue adquirido y recibido a satisfacción desde la vigencia 2016 como parte de la plataforma institucional para apoyar la formulación, seguimiento, control y evaluación de la planeación estratégica. No obstante, se evidenció que el módulo continúa sin ser utilizado como herramienta oficial para la gestión de la planeación institucional, manteniéndose las mismas condiciones observadas en ejercicios de auditoría previos.

Criterio/Requisito:

- Procedimiento DG-C-P-014 (Gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora): Actividad 4. Evaluar la eficacia de las acciones.
- Ley 87 de 1993 (Ley de Control Interno) - Art. 2: Principio de Eficiencia y Economía en la administración de los recursos públicos tecnológicos.
- Caracterización del Proceso DG-E-CARACT-038: Uso de las herramientas tecnológicas institucionales adoptadas para la gestión de la planeación y el control del desempeño del SIG.

Evidencia:

1. Reporte de No Conformidad de 2021 emitido por el Grupo de Mejoramiento Continuo SIG (con trazabilidad de los Contratos 026-SG-2016 a 01-SG-2021).
2. Verificación directa realizada en trabajo de campo al aplicativo ISOLUCION (módulo visible / falta parametrización).
3. La No Conformidad 2441 de 2021 sobre la inoperatividad del módulo de Planeación en Isolucion continúa abierta e incumplida, el módulo, no se encuentra completamente parametrizado, carece de uso operativo y no está disponible para ser consultado por los usuarios del proceso de planeación. La Jefatura de Planeación recibió el módulo a satisfacción desde 2016 y la entidad ha suscrito de manera continua contratos de soporte, mantenimiento y licenciamiento de la plataforma Isolucion (026-SG-2016, 025-SG-2017, 123-SG-2018, 123-SG-2019, 02-SG-2020, 01-SG-2021 y sus sucesivos), por los que ha pagado un valor acumulado superior a \$318.349.260, con lo cual se evidencia que no el Plan de Mejoramiento no ha sido eficaz evidenciando una ineficacia prolongada en el Plan de Mejoramiento.
4. El seguimiento a la No Conformidad de 2021 revela un aplazamiento continuo del Módulo de Planeación Estratégica: tras incumplir la meta inicial (noviembre 2021 – diciembre 2022), se amplió el plazo por 650 días más (hasta diciembre de 2025), manteniendo la puesta en marcha

nacional en estado "Pendiente". Asimismo, la Oficina de Planeación dejó constancia formal de haber realizado el seguimiento de los cuatro trimestres del POA 2024 en matrices de Excel, condicionando el uso de la plataforma a una estandarización de actividades aún no concretada.

5. La Oficina de Planeación descartó cargar la información de la vigencia 2023 en Isolucion, postergando el uso del sistema hasta 2025 y perdiendo la memoria histórica del cuatrienio en la herramienta. Como consecuencia, el seguimiento del Plan Estratégico y de los Planes de Acción Anual (2024–2026) se sigue gestionando de manera informal en archivos de Excel alojados en OneDrive y SharePoint, en lugar de utilizar la plataforma contratada para tal fin.

5 CONCLUSIONES

1. Conclusión General

Aunque el proceso cuenta con la estructura normativa y procedimental para la planeación, persisten debilidades significativas en la implementación de la metodología Balanced Scorecard, el sistema de medición, el cumplimiento de metas, la gestión de convenios y la eficacia de las acciones de mejora. Estas debilidades limitan la trazabilidad de la estrategia, afectan la disponibilidad de información confiable para la toma de decisiones, restringen la evaluación objetiva de los resultados alcanzados y generan riesgos para el logro de los objetivos estratégicos definidos por la entidad.

2. Conclusión asociada al Objetivo Específico No. 1: Verificar el cumplimiento de las disposiciones constitucionales, legales, reglamentarias y demás requisitos aplicables.

Se evidenció cumplimiento parcial de los requisitos institucionales que regulan el proceso auditado, identificándose incumplimientos relacionados con la aplicación de los procedimientos internos para la gestión de la cooperación internacional e interinstitucional, particularmente en la definición de los ejes temáticos de cooperación, el seguimiento y evaluación de convenios, así como en la implementación y efectividad de las acciones correctivas derivadas de no conformidades previamente identificadas.

3. Conclusión asociada al Objetivo Específico No. 2: Verificar el grado de alineación y cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Se identificaron debilidades en el diseño y despliegue del modelo de planeación estratégica adoptado por la entidad, evidenciadas en la ausencia de elementos que permitan demostrar integralmente la lógica causa-efecto de la estrategia, la falta de metas definidas para todo el horizonte de planeación, la inestabilidad de los indicadores estratégicos y la limitada articulación entre el Plan Estratégico Institucional y los Planes Operativos Anuales. Adicionalmente, el nivel de cumplimiento alcanzado por las metas estratégicas durante el periodo 2023-2025 en promedio fue del 57% lo cual evidencia riesgos para el cumplimiento integral de los objetivos previstos al cierre del cuatrienio.

4. Conclusión asociada al Objetivo Específico No. 3: Evaluar la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento.

El proceso de Planeación presenta debilidades en la efectividad, sostenibilidad y cierre oportuno de sus planes de mejora. Destaca la ineficacia de la NC 2441 de 2021 por el uso inoperativo de Isolucion, así como reincidencias en gestión de riesgos (Oficio 112-OFCl-DG-

2026), falta de soportes de efectividad y desactualización en los registros del SIG. En consecuencia, se concluye que existen oportunidades de mejora en los mecanismos de formulación, seguimiento, evaluación de eficacia y cierre de las acciones correctivas, con el fin de garantizar la eliminación efectiva de las causas raíz, prevenir la recurrencia de los hallazgos y fortalecer el proceso de mejora continua institucional.

5. Conclusión asociada al Objetivo Específico No. 4: Evaluar la efectividad de los controles establecidos para la gestión de riesgos.

Los hallazgos identificados permitieron evidenciar situaciones que no se encuentran adecuadamente reflejadas en el mapa de riesgos del proceso, especialmente aquellas relacionadas con la implementación del modelo estratégico, el sistema de medición institucional, la gestión de los convenios de cooperación y el aprovechamiento de herramientas tecnológicas. Lo anterior sugiere oportunidades de mejora en la identificación, valoración y tratamiento de riesgos, con el fin de fortalecer la capacidad preventiva y el diseño e implementación de controles que los mitiguen.

6. Conclusión asociada al Objetivo Específico No. 5: Evaluar el uso eficiente y adecuado de los recursos económicos asignados al proceso.

Pese a las inversiones continuas en Isolucion, la no operatividad del módulo de Planeación Estratégica impide la automatización, integración, trazabilidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones.

Las debilidades en el seguimiento y reporte de convenios y proyectos dificultan demostrar de manera objetiva el valor agregado, los beneficios alcanzados y el aporte real de los recursos gestionados frente al fortalecimiento institucional y al cumplimiento de los objetivos y las metas del Instituto.

Es indispensable reforzar el seguimiento y evaluación de la tecnología y la cooperación para maximizar su valor institucional y medir su impacto real.

El líder del proceso auditado debe entregar el Plan de Mejoramiento (Formato DG-C-P-015-F-010) a Control Interno en máximo 10 días hábiles tras recibir este informe. Las acciones correctivas formuladas no podrán superar un plazo de 6 meses de ejecución y deben incluir su análisis de causa raíz, responsables y cronograma.



XIMENA RESTREPO AGUIRRE
Auditor Líder