

Informe de Monitoreo
Plan de Acción
Mapa de Riesgos Institucional
Programa de Transparencia y Ética Pública

Primer Trimestre
2026

OFICINA DE PLANEACIÓN
Fecha de corte 31/03/2026

1. Introducción

Para el primer ejercicio de monitoreo de la vigencia 2026, con corte al 31 de marzo, el análisis se enfocó en la verificación integral de los soportes correspondientes a la totalidad de las actividades y controles programados en los planes institucionales del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, con el propósito de garantizar la trazabilidad, pertinencia, calidad y coherencia de la información reportada por las dependencias responsables.

El monitoreo se desarrolló mediante matrices de seguimiento compartidas en unidades de Drive institucionales, en las cuales las dependencias registran periódicamente el avance cuantitativo de las actividades y controles programados, las observaciones asociadas a su ejecución y los respectivos soportes documentales que evidencian el cumplimiento de los productos e indicadores definidos. Esta herramienta es utilizada de manera homogénea para el seguimiento del Plan de Acción Institucional, los Mapas de Riesgo Institucional y el Programa de Transparencia y Ética Pública, permitiendo centralizar la información, fortalecer la trazabilidad de los avances y consolidar reportes comparativos por dependencia, plan y periodo de ejecución.

Durante este periodo se revisaron tanto las actividades con avance o finalizadas, y se clasificaron aquellas programadas para trimestres posteriores como “Pendiente de inicio”. Asimismo, se validó la consistencia entre el porcentaje de avance reportado, los soportes documentales cargados en las unidades de Drive institucionales y el cumplimiento de los indicadores y productos estratégicos asociados a cada acción o control.

Adicionalmente, la Entidad cuenta con el “Informe de Gestión del Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción”, documento complementario orientado al seguimiento integral del cumplimiento de las metas estratégicas institucionales mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de los avances de gestión. Mientras dicho informe se enfoca en el comportamiento y cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales, el presente monitoreo se concentra específicamente en la validación documental, la suficiencia de los soportes, la trazabilidad del seguimiento y la coherencia entre los avances reportados y las actividades efectivamente ejecutadas.

El monitoreo también incorporó la identificación de observaciones y recomendaciones orientadas a fortalecer la calidad del reporte institucional, mejorar la suficiencia documental y promover una adecuada gestión del seguimiento, especialmente en aquellos casos donde se evidenciaron debilidades en la trazabilidad, soportes insuficientes, inconsistencias en el reporte de avance o ausencia de justificación frente a actividades sin ejecución.

2. Objetivo del monitoreo

Verificar el cumplimiento, consistencia y calidad de los soportes asociados a las actividades y controles de los planes institucionales durante el primer trimestre de la vigencia 2026, mediante la revisión integral de los reportes de avance registrados por las dependencias responsables, identificando oportunidades de mejora relacionadas con la trazabilidad documental, la suficiencia de la evidencia y la coherencia del seguimiento, con el fin de fortalecer la gestión institucional y la articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

3. Metodología

El monitoreo se desarrolló con base en los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, particularmente en la dimensión de Evaluación de Resultados, la cual orienta el seguimiento sistemático a la ejecución de los planes institucionales para asegurar su trazabilidad, mejora continua y alineación con los objetivos estratégicos de la Entidad.

Para el primer informe de la vigencia 2026, la metodología contempló la revisión integral de las 156 actividades y controles programados en los diferentes instrumentos de planeación institucional, verificando los avances registrados, los soportes documentales aportados y la coherencia entre los resultados reportados y los indicadores definidos.

El ejercicio de monitoreo se estructuró en tres componentes principales:

3.1. Focalización del universo

Se revisaron las 156 actividades y controles programados para la vigencia 2026, considerando la totalidad de los reportes efectuados por las dependencias responsables al corte del primer trimestre.

Del total de actividades y controles, treinta y dos (32) se encuentran programadas para iniciar su ejecución en los siguientes trimestres de la vigencia, razón por la cual fueron clasificadas como “Pendiente de inicio”. Esta categorización permitió diferenciar las acciones que aún no debían registrar ejecución de aquellas que, estando programadas para el periodo, requerían evidenciar avances o resultados concretos.

La focalización realizada permitió concentrar el análisis en las actividades activas durante el trimestre, priorizando la validación de soportes, la coherencia de los reportes y la identificación de oportunidades de mejora en la gestión documental y el seguimiento institucional.

3.2. Clasificación por plan y dependencia

Las actividades y controles revisados corresponden a los siguientes instrumentos de planeación institucional:

- **Plan de Acción Institucional**
- **Mapa de Riesgos Institucional**
- **Programa de Transparencia y Ética Pública**

Dentro de cada instrumento, las acciones se agruparon por dependencia responsable, permitiendo identificar niveles de avance, concentración de actividades pendientes de inicio, acciones sin avance y comportamientos recurrentes en materia de observaciones o recomendaciones de mejora.

Este enfoque facilitó el análisis comparativo entre áreas de trabajo, así como la identificación de dependencias con fortalezas en la calidad del reporte y aquellas que requieren fortalecer aspectos relacionados con la trazabilidad documental, oportunidad del seguimiento o consistencia de la evidencia aportada.

3.3. Verificación documental y análisis cualitativo

Para cada actividad o control reportado como finalizado o con avance, se verificó:

- **La correspondencia entre la actividad reportada y la evidencia presentada.**
- **La claridad, suficiencia y especificidad del soporte documental.**
- **La alineación del resultado con el objetivo estratégico y el producto asociado.**
- **La coherencia entre el porcentaje de avance reportado y el estado real de ejecución.**
- **El cumplimiento del indicador definido y la atención a observaciones previas, cuando aplicaba.**

En las actividades clasificadas como “Sin avance”, se revisaron las justificaciones presentadas por las dependencias responsables, evaluando su pertinencia, claridad y coherencia frente a la programación establecida.

Como resultado del ejercicio, las actividades y controles fueron clasificados en tres categorías de seguimiento:

- **Sin observaciones.**
- **Con recomendaciones (para la mejora).**
- **Con observaciones.**

Esta clasificación permitió identificar tanto buenas prácticas de reporte y seguimiento, como situaciones que requieren ajustes para fortalecer la calidad de la información institucional y asegurar el adecuado cierre de las actividades al finalizar la vigencia.

4. Resultados del Monitoreo

4.1. Avance general por grupos y áreas de trabajo

Tabla 1 Tabla resumen de acciones con avance, sin avance y finalizadas.

Dependencia responsable reporte	Con avance	Finalizada	Pendiente de inicio	Sin avance	Suma total
Archivo	2	1			3
Asesoría de Gerencia			2		2
Asesoría de Gerencia (Planeación)				1	1
Asesoría Financiera				3	3
Contabilidad	3				3
Contratación	5				5
Dirección de Desarrollo y Bienestar	2	3			5
Grupo Bienestar, Recreación, Cultura y Deporte	4	2	1	4	11
Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	8				8
Grupo de Asuntos Jurídicos	4		1	2	7
Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	1	2	3	5	11
Grupo de Control Interno de Gestión				1	1
Grupo de Gestión Administrativa	7	1			8
Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera	2	4	2	1	9
Grupo de Gestión de Cesantías.	1			1	2
Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	5	1	2	5	13
Grupo de Gestión Educativa y Colegio				4	4
Grupo de Seguimiento y Atención a Gerencias departamentales	3	1	4		8
Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	8		2	1	11
Oficina Asuntos Disciplinarios	2				2
Oficina de Planeación	2	2	12	6	22
Presupuesto	5			1	6
Recursos físicos	1				1
Subdirección de Bienestar y Calidad de Vida				1	1
Subdirección de desarrollo y Emprendimiento			1	1	2
Tesorería	5		2		7
Suma total	70	17	32	37	156

La consolidación del monitoreo realizado al cierre del primer trimestre de 2026 evidencia el comportamiento general de las 156 actividades y controles programados en los diferentes instrumentos de planeación institucional del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República.

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 44.9% de las actividades y controles presentan avance (70), el 10.9% se reportan como finalizados (17), el 20.5% corresponden a

actividades “Pendiente de inicio” (32), conforme a la programación definida para los siguientes trimestres de la vigencia, y el 23.7% no registran avance (37).

Estos resultados muestran que, durante el inicio de la vigencia, una proporción importante de actividades se encuentra aún en etapas preliminares de ejecución o programadas para desarrollarse en periodos posteriores, situación que resulta coherente con la planeación institucional definida para el año 2026. No obstante, el monitoreo evidencia igualmente la necesidad de fortalecer el seguimiento y la gestión oportuna en aquellas actividades que, pese a encontrarse programadas para el trimestre, no registran avances ni soportes suficientes.

El análisis por dependencias evidencia comportamientos diferenciados tanto en la ejecución de las actividades como en la calidad y consistencia del seguimiento reportado. En términos generales, se destacan aquellas áreas que, además de contar con un número significativo de actividades asignadas, presentan bajos niveles de observaciones y una mayor proporción de reportes clasificados sin observaciones o únicamente con recomendaciones de mejora.

Entre las dependencias con desempeño más favorable se destacan:

- Grupo de Seguimiento y Atención a Gerencias Departamentales
- Grupo de Gestión Administrativa
- Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud
- Tesorería
- Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera
- Dirección de Desarrollo y Bienestar

Estas dependencias evidencian una adecuada dinámica de ejecución y seguimiento, reflejada en la consistencia entre los avances reportados y los soportes documentales aportados. Particularmente, el Grupo de Seguimiento y Atención a Gerencias Departamentales registró la totalidad de sus actividades sin observaciones, mientras que áreas como Gestión Administrativa, Tesorería y Centro Médico presentan un alto volumen de actividades ejecutadas con predominio de seguimientos satisfactorios o con recomendaciones menores.

Por otra parte, se identifican dependencias que presentan una mayor proporción de actividades con observaciones frente al total de acciones asignadas, evidenciando oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la calidad del reporte, suficiencia documental, trazabilidad y gestión del seguimiento institucional.

Entre las áreas con mayor representatividad porcentual de observaciones y recomendaciones frente al número total de sus actividades se destacan:

- Grupo de Gestión Educativa y Colegio
- Grupo de Tecnologías de la Información y Comunicaciones
- Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés
- Grupo de Asuntos Jurídicos
- Grupo de Gestión del Talento Humano y Desarrollo Organizacional

- Oficina de Planeación

<i>Dependencia responsable reporte</i>	Con observaciones	Con recomendaciones	Sin observaciones	Suma total
Archivo	2	1		3
Asesoría de Gerencia			2	2
Asesoría de Gerencia (Planeación)	1			1
Asesoría Financiera	3			3
Contabilidad		1	2	3
Contratación	3		2	5
Dirección de Desarrollo y Bienestar		4	1	5
Grupo Bienestar, Recreación, Cultura y Deporte			11	11
Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	3	5		8
Grupo de Asuntos Jurídicos		6	1	7
Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	5	2	4	11
Grupo de Control Interno de Gestión	1			1
Grupo de Gestión Administrativa		2	6	8
Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera	4	1	4	9
Grupo de Gestión de Cesantías.	1		1	2
Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	2	5	6	13
Grupo de Gestión Educativa y Colegio	4			4
Grupo de Seguimiento y Atención a Gerencias departamentales			8	8
Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	8	1	2	11
Oficina Asuntos Disciplinarios			2	2
Oficina de Planeación	6		16	22
Presupuesto		1	5	6
Recursos físicos			1	1
Subdirección de Bienestar y Calidad de Vida	1			1
Subdirección de desarrollo y Emprendimiento	1		1	2
Tesorería	1		6	7
Suma total	46	29	81	156

En las dependencias analizadas, las observaciones y recomendaciones formuladas durante el monitoreo evidencian patrones recurrentes asociados principalmente a debilidades en la gestión documental, inconsistencias en el reporte de avance y limitaciones en la trazabilidad de la ejecución. La situación más frecuente corresponde a la ausencia total de soportes, reportes de avance u observaciones, lo que dificulta validar la adecuada implementación de actividades o controles programados e impacta el seguimiento institucional.

En segundo lugar, se identificaron casos en los que los soportes aportados resultan insuficientes o no guardan relación directa con el control o actividad reportada, limitando la validación efectiva del avance informado. En diferentes registros se evidenciaron documentos incompletos, ausencia de informes específicos de seguimiento, soportes que no reflejan el indicador definido o evidencias que únicamente acreditan actividades parciales del proceso.

Asimismo, se observó una recurrencia importante de inconsistencias en los porcentajes de avance reportados frente a la ejecución real evidenciada en los soportes. En algunos casos, se reportaron avances mínimos pese a existir actividades ejecutadas que reflejan un progreso mayor; en otros, se registró cumplimiento del 100% en controles de ejecución permanente durante toda la vigencia, cuando el avance proporcional para el primer trimestre debía corresponder aproximadamente al 25%. Estas situaciones afectan la coherencia y confiabilidad del seguimiento institucional.

Otra situación recurrente corresponde a debilidades en la trazabilidad documental, especialmente por el uso inadecuado de la nomenclatura de archivos, ausencia de identificación del responsable de elaboración o validación de documentos, falta de fechas de corte y almacenamiento incorrecto de soportes en las carpetas institucionales. Aunque estas situaciones no siempre impiden validar la ejecución, sí dificultan la revisión y consolidación del seguimiento.

Finalmente, se identificaron observaciones asociadas a actividades que, aunque aún se encuentran dentro de los tiempos programados, no evidencian acciones preparatorias, avances concretos o soportes parciales que permitan demostrar gestión anticipada para el cumplimiento de los compromisos programados durante la vigencia.

De manera complementaria, las recomendaciones formuladas se orientaron principalmente a fortalecer la oportunidad del reporte, mejorar la calidad y suficiencia de las evidencias, mantener la estandarización documental definida por la Oficina de Planeación y ajustar los porcentajes de avance para que reflejen de manera proporcional y consistente la ejecución real de las actividades y controles institucionales.

El detalle de estas situaciones se desarrolla más adelante en el informe y en los anexos correspondientes, junto con las recomendaciones formuladas para fortalecer el cumplimiento de las actividades programadas y mejorar la calidad del seguimiento institucional.

4.2. Plan de Acción

El Plan de Acción Institucional concentra un total de cuarenta y nueve (49) actividades programadas para la vigencia 2026, orientadas al cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales y articuladas con las metas definidas en el Plan Estratégico Institucional.

Al corte del primer trimestre de 2026, el comportamiento de las actividades presenta el siguiente resultado:

Plan	Con avance	Finalizada	Pendiente de inicio ¹	Sin avance	Suma total
Plan de Acción	24	10	6	9	49

Plan	Con observaciones	Con recomendaciones	Sin observaciones	Suma total
Plan de Acción	16	12	21	49

¹ su ejecución está programada para los siguientes trimestres de la vigencia.

Durante el primer trimestre de 2026, diez (10) actividades del Plan de Acción fueron reportadas con cumplimiento del 100%. Como parte del monitoreo realizado, se efectuó la revisión documental de los soportes aportados por las dependencias responsables, verificando su correspondencia con las actividades programadas, los productos definidos y el avance reportado.

Como resultado de la validación efectuada, se identificó que varias actividades cuentan con soportes suficientes y adecuados que permiten evidenciar el cumplimiento de las acciones programadas, así como su aporte al desarrollo de los objetivos institucionales definidos para la vigencia.

No obstante, algunas actividades finalizadas presentan observaciones o recomendaciones orientadas a fortalecer el cierre técnico y documental del seguimiento. Las principales situaciones identificadas corresponden a:

- Necesidad de complementar soportes definitivos aprobados o publicados formalmente en el Sistema Integrado de Gestión – SIG.
- Debilidades en la trazabilidad documental relacionadas con la ausencia de firmas, fechas o identificación del responsable de elaboración, revisión o aprobación de los documentos soporte.
- Inconsistencias entre el porcentaje de avance reportado y el estado real de formalización o adopción de los productos comprometidos.
- Evidencias que acreditan parcialmente la ejecución de la actividad, pero que requieren complementarse para validar integralmente el cumplimiento del indicador o alcance definido.
- Necesidad de fortalecer la organización y nomenclatura de los soportes documentales conforme a la estructura establecida para el seguimiento institucional.

Adicionalmente, se identificaron actividades cuya ejecución corresponde a acciones permanentes durante toda la vigencia y que, aunque fueron reportadas con cumplimiento total durante el primer trimestre, requieren ajustar proporcionalmente el porcentaje de avance conforme a la periodicidad definida para su ejecución anual.

Las observaciones y recomendaciones formuladas no implican necesariamente incumplimiento de las actividades reportadas; sin embargo, sí evidencian oportunidades de mejora relacionadas con la calidad de la evidencia documental, la trazabilidad del seguimiento y la consistencia metodológica de los reportes institucionales. El detalle específico de estas actividades y sus respectivas observaciones se presenta en los anexos correspondientes del presente informe.

En el anexo 6.1. se detalla las observaciones y/o recomendaciones para las actividades del plan de acción durante el primer trimestre.

4.3. Mapa de Riesgos Institucional

El Mapa de Riesgos Institucional comprende setenta y tres (73) acciones y controles asociados a riesgos de gestión, riesgos fiscales y riesgos de integridad y corrupción, orientados a fortalecer la prevención, mitigación y seguimiento de eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Plan	Con observaciones	Con recomendaciones	Sin observaciones	Suma total
Riesgos – Fiscal		3	10	13
Riesgos – Gestión	12	8	22	42
Riesgos - Integridad_Pública_Corrupción	11	1	6	18
Suma total	23	12	38	73

Plan	Con avance	Finalizada	Pendiente de inicio	Sin avance	Suma total
Riesgos – Fiscal	9		1	3	13
Riesgos – Gestión	23	1	6	12	42
Riesgos - Integridad_Pública_Corrupción	10	3		5	18
Suma total	42	4	7	20	73

Al cierre del primer trimestre de 2026, se registran cuarenta y dos (42) acciones o controles con avance, cuatro (4) finalizados, siete (7) pendientes de inicio conforme a su programación y veinte (20) sin avance reportado.

Desde la perspectiva de calidad del seguimiento, treinta y ocho (38) actividades no presentan observaciones, doce (12) cuentan con recomendaciones de mejora y veintitrés (23) registran observaciones asociadas principalmente a debilidades en la evidencia documental o en la consistencia del reporte.

La revisión realizada permitió evidenciar que la mayoría de los controles implementados cuentan con soportes que respaldan las actividades de seguimiento judicial, gestión contractual, control financiero, gestión documental, atención al usuario y administración de riesgos operativos. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora recurrentes relacionadas con:

- Ausencia o insuficiencia de soportes para validar el avance reportado.
- Inconsistencias entre el porcentaje de avance informado y el nivel real de ejecución evidenciado.
- Falta de registros específicos que permitan acreditar la aplicación efectiva de algunos controles.
- Debilidades en la trazabilidad documental, identificación de responsables y organización de evidencias.
- Reporte de controles permanentes con porcentajes de ejecución que no reflejan adecuadamente su carácter continuo durante la vigencia.

Por otra parte, se identificaron veinte (20) acciones y controles sin avance reportado durante el periodo evaluado. Si bien parte de estos casos corresponde a actividades cuya ejecución depende de hitos posteriores o que se encuentran en etapas preliminares de planeación,

también se evidenciaron controles sin soportes, registros ni observaciones que permitieran validar su implementación. Adicionalmente, siete (7) actividades fueron clasificadas como “Pendiente de inicio”, al encontrarse programadas para los siguientes trimestres de la vigencia.

En términos generales, el monitoreo evidencia que los mecanismos de control asociados al Mapa de Riesgos Institucional se encuentran en ejecución; sin embargo, resulta necesario fortalecer la calidad de los soportes, la consistencia de los reportes y la trazabilidad documental de los controles implementados, con el fin de asegurar una adecuada demostración de su efectividad y facilitar el seguimiento preventivo de los riesgos institucionales. El detalle de las acciones, controles, observaciones y recomendaciones se presenta en los anexos correspondientes.

4.4. Programa de Transparencia y Ética Pública

Al cierre del trimestre, el estado de ejecución presenta el siguiente comportamiento:

Plan	Con avance	Finalizada	Pendiente de inicio	Sin avance	Suma total
Transparencia y Ética Pública	4	3	19	8	34

En cuanto a la calidad del seguimiento efectuado:

Plan	Con observaciones	Con recomendaciones	Sin observaciones	Suma total
Transparencia y Ética Pública	7	5	22	34

El Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) contempla treinta y cuatro (34) actividades para la vigencia 2026. Al cierre del primer trimestre, cuatro (4) registran avance, tres (3) fueron reportadas como finalizadas, diecinueve (19) se encuentran clasificadas como “Pendiente de inicio” y ocho (8) no presentan avance.

La revisión documental evidenció que la mayoría de las actividades evaluadas cuentan con soportes suficientes y no presentan observaciones. No obstante, se identificaron algunas oportunidades de mejora relacionadas principalmente con la suficiencia de las evidencias aportadas, la formalización de productos pendientes de aprobación, la coherencia entre el avance reportado y el estado real de ejecución, así como aspectos asociados a la organización y trazabilidad documental.

Teniendo en cuenta que más del 50% de las actividades del programa se encuentran programadas para iniciar su ejecución en los próximos trimestres, el comportamiento observado resulta consistente con la planeación establecida para la vigencia. Sin embargo, se recomienda a las dependencias responsables fortalecer el registro oportuno de avances y soportes documentales desde las etapas iniciales de ejecución, con el fin de facilitar la validación de resultados y el seguimiento institucional.

El detalle de las actividades que presentan observaciones y recomendaciones se encuentra consignado en los anexos correspondientes del presente informe.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

El monitoreo realizado al primer trimestre de 2026 permitió verificar la totalidad de las 156 actividades y controles programados en los instrumentos de planeación institucional del Fondo de Bienestar Social, evidenciando que el 55,8% registra avance o finalización, mientras que el 20,5% corresponde a actividades programadas para iniciar en los siguientes trimestres de la vigencia.

En términos generales, los resultados reflejan una ejecución acorde con la planeación institucional para el inicio del año, particularmente en aquellas dependencias que presentan una adecuada articulación entre el avance reportado y los soportes documentales aportados.

No obstante, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con la calidad del seguimiento y la gestión documental. Las observaciones formuladas se concentran principalmente en la ausencia o insuficiencia de soportes, inconsistencias en el reporte de avances, dificultades en la trazabilidad documental y debilidades en el registro oportuno de la información.

De igual forma, se evidenció que algunas actividades y controles no registran avance pese a encontrarse dentro de los periodos programados de ejecución, situación que requiere seguimiento por parte de las dependencias responsables para evitar posibles rezagos en el cumplimiento de los compromisos institucionales.

Finalmente, se destaca que la mayoría de las situaciones identificadas son susceptibles de mejora mediante ajustes en los procesos de reporte, documentación y seguimiento, sin evidenciarse, al cierre del periodo evaluado, afectaciones significativas sobre el cumplimiento general de los instrumentos de planeación institucional.

5.2. Recomendaciones

- Fortalecer el registro oportuno de avances, observaciones y evidencias en las unidades de seguimiento institucional.
- Verificar que los soportes aportados permitan evidenciar de manera directa el cumplimiento de la actividad o control reportado.
- Presentar en el siguiente corte los porcentajes ajustados y acumulados de avance para que reflejen de forma consistente la ejecución real de las actividades y controles, especialmente aquellos de carácter permanente.
- Priorizar la atención de las observaciones formuladas en el presente monitoreo, con el fin de subsanar oportunamente las situaciones identificadas antes del siguiente corte de seguimiento.
- Mantener la aplicación de los lineamientos definidos para la organización, nomenclatura y almacenamiento de soportes documentales, fortaleciendo la trazabilidad y disponibilidad de la información.
- Realizar seguimiento interno a las actividades que no registran avance, especialmente aquellas cuya ejecución se encuentra prevista para los próximos

trimestres, con el propósito de prevenir retrasos en el cumplimiento de los planes institucionales.

Las observaciones y recomendaciones detalladas en los anexos constituyen insumos para la mejora continua de los procesos de planeación, seguimiento y control, y deberán ser consideradas por las dependencias responsables en los siguientes ejercicios de reporte institucional.

Elaboró: Jairo Rico Bolívar - Técnico Administrativo G.18 
Revisó: Paola Silva – Asesora de Gerencia de Planeación 
Aprobó: Camilo José García Vásquez - jefe de oficina de planeación 



6. Anexos

6.1. Plan de Acción – Acciones con observaciones o recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
1	Establecer y ejecutar un plan de trabajo para Implementar oportunidades de mejora identificadas en el estudio de caracterización de los servicios realizados.	Subdirección de desarrollo y Emprendimiento	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución de la acción programada, lo que impide verificar su implementación o avance. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones
5	Integrar y ejecutar las acciones de salud al Plan de Bienestar suscrito con la CGR en los tres (3) programas de apoyo al riesgo epidemiológico en sinergia con el grupo de SST de la CGR y perfil de morbilidad vigencia 2025.	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	El avance reportado es coherente con las actividades ejecutadas en el marco de los programas de apoyo al riesgo epidemiológico integrados al Plan de Bienestar. Se evidencian soportes relacionados con listados de asistencia a las actividades desarrolladas. Se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con recomendaciones
6	Elaborar un procedimiento e incluirlo en el SIG, para la formulación del Plan de Bienestar de la Contraloría General de la República.	Dirección de Desarrollo y Bienestar	La actividad fue reportada con cumplimiento del 100% y cuenta con soportes relacionados con la formulación, revisión y trámite del procedimiento para su inclusión en el SIG. Como mejora, se recomienda aportar en próximos seguimientos el documento definitivo aprobado y publicado.	Con recomendaciones
7	Formular la propuesta del Plan de Bienestar de la vigencia a partir de los insumos recopilados de los grupos de valor, con el fin de garantizar que las acciones respondan a sus necesidades y expectativas. El plan que se defina de la propuesta será revisado, firmado y aprobado por la Gerencia de Talento Humano de la CGR y la Gerencia del FBS.	Dirección de Desarrollo y Bienestar	La actividad fue reportada como finalizada y se evidencian soportes relacionados con la formulación, aprobación y socialización del Plan de Bienestar 2026. Se recomienda que los documentos soporte incluyan la identificación del responsable de su elaboración.	Con recomendaciones
11	Implementar los acuerdos establecidos en dos de las alianzas suscritas con las instituciones educativas con el fin de enriquecer las actividades académicas del Colegio de la CGR	Grupo de Gestión Educativa y Colegio	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución de la acción programada, lo que impide verificar su implementación o avance. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
12	Ajustar la herramienta de percepción de satisfacción de usuarios.	Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	Se evidencia la finalización de la actividad programada junto a los soportes que evidencian el cumplimiento. Es importante que los ajustes recomendados se actualicen de igual manera en el Sistema Integrado de Gestión, en particular con los formatos de encuestas que se encuentran documentados. Se recuerda que los documentos estarán vigentes luego de la aprobación por el dueño del proceso y posterior publicación en el SIG.	Con recomendaciones
14	Presentar informe mensual de resultados de la percepción de satisfacción de los usuarios del servicio de salud	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	El avance reportado cuenta con soportes adecuados que permiten evidenciar la presentación de informes mensuales relacionados con la percepción de satisfacción de los usuarios del servicio de salud. Se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con recomendaciones
16	Ejecutar el plan anual de actividades de atención al usuario para promover el acceso de los grupos de valor a la oferta institucional de trámites y servicios	Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	Se evidencia inconsistencia entre el avance reportado (1%) y el registrado en el soporte aportado (13,9%). Se recomienda para el próximo seguimiento reportar el avance real y acumulado de la ejecución del plan anual de actividades de atención al usuario, con el fin de reflejar de manera adecuada el cumplimiento de la actividad y su aporte al producto estratégico	Con recomendaciones
17	Diseñar e implementar una campaña integral de comunicación institucional orientada a fortalecer la visibilidad, la recordación y el posicionamiento de la marca "Fondo de Bienestar Social", dirigida a los públicos internos y externos.	Dirección de Desarrollo y Bienestar	La actividad fue reportada con cumplimiento del 100% y los soportes aportados evidencian el diseño e implementación de la campaña institucional. No obstante, se recomienda que los documentos incluyan información relacionada con el responsable de su elaboración o aprobación.	Con recomendaciones
18	Divulgar de manera periódica, a través de medios digitales, los logros, hitos de gestión y resultados estratégicos, en coherencia con el Plan Estratégico 2022–2026, con el fin de fortalecer la reputación institucional del Fondo de Bienestar Social.	Dirección de Desarrollo y Bienestar	El avance reportado del 25% es coherente con las actividades de divulgación institucional realizadas durante el periodo evaluado y se evidencian soportes relacionados con campañas, publicaciones y estrategias de posicionamiento institucional. No obstante, los informes y documentos aportados como soporte carecen de información relacionada con el responsable de su elaboración o aprobación.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
19	Desarrollar acciones que permitan optimizar tiempos de procesamiento y mayor acceso a los módulos misionales de cesantías, crédito y cartera para usuarios externos.	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	El avance reportado es coherente con las acciones adelantadas para la optimización de los módulos misionales de cesantías, crédito y cartera. Los soportes evidencian actividades de análisis, priorización y aprobación de requerimientos funcionales orientados a mejorar los tiempos de procesamiento y acceso a los servicios. Se recomienda mantener la estandarización en la nomenclatura de los soportes documentales.	Con recomendaciones
20	Implementar los acuerdos establecidos en dos de las alianzas suscritas con las instituciones educativas con el fin de enriquecer las actividades académicas del Colegio de la CGR	Grupo de Gestión Educativa y Colegio	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución de la acción programada, lo que impide verificar su implementación o avance. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones
21	Presentar reporte periódico del seguimiento e implementación del Programa de Gestión Documental - PGD en el comité de Gestión y Desempeño.	Archivo	Los soportes aportados no permiten evidenciar de manera clara el reporte periódico del seguimiento e implementación del Programa de Gestión Documental – PGD ante el Comité de Gestión y Desempeño, conforme a lo establecido en la actividad y en el indicador de cumplimiento. Se observan evidencias relacionadas con transferencias documentales, publicaciones y documentos escaneados derivados de requerimientos del proceso; sin embargo, no se identifica de manera precisa el informe o reporte presentado ante la instancia correspondiente. Adicionalmente, uno de los archivos adjuntos no permite validar su contenido debido a la forma en que fue nombrado. Se recomienda ajustar la nomenclatura de los soportes conforme a la estructura definida por la Oficina de Planeación para facilitar su identificación y trazabilidad.	Con observaciones
22	Realizar seguimiento al plan estratégico de las tecnologías de la información (PETI) de conformidad con la capacidad institucional .	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	Aunque se reporta un avance del 25%, los soportes aportados no permiten evidenciar de manera suficiente el seguimiento formal al PETI correspondiente al primer trimestre de 2026, lo que limita la trazabilidad y validación del avance reportado. Se recomienda anexas en el próximo seguimiento el informe ejecutivo o documento específico de seguimiento, conforme a la matriz establecida.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
23	Actualizar el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	No se evidencia soporte que permita validar el avance reportado del 25% en la actualización del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), lo que limita la verificación de las actividades ejecutadas durante el periodo evaluado.	Con observaciones
24	Efectuar seguimiento al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	No se evidencia soporte que permita validar el avance reportado del 25% relacionado con el seguimiento al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), lo que limita la adecuada trazabilidad y verificación de la actividad.	Con observaciones
25	Actualizar el levantamiento de información de activos TICS de la sede Colegio .	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	No se evidencia soporte que permita validar el avance reportado del 20% en la actualización del levantamiento de información de activos TIC de la sede Colegio, lo que limita la verificación de las actividades adelantadas.	Con observaciones
26	Actualizar el levantamiento de información de activos TICS de la sede Centro médico.	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	No se evidencia soporte que permita validar el avance reportado del 20% en la actualización del levantamiento de información de activos TIC de la sede Centro Médico, lo que limita la adecuada verificación de la actividad ejecutada.	Con observaciones
28	Realizar seguimiento al cumplimiento de las cláusulas de capacitación incorporadas en los contratos de las aplicaciones institucionales tercerizadas.	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	No se reporta avance para el periodo evaluado; sin embargo, se informa que los contratos iniciaron en febrero y se encuentran en etapa de planificación de ejecución, evidenciándose una capacitación adelantada en el módulo jurídico. Se recomienda fortalecer los soportes de seguimiento y mantener la organización documental conforme a los lineamientos establecidos por la Oficina de Planeación.	Con observaciones
29	Llevar a cabo la medición de los indicadores de seguimiento al uso y aprovechamiento de las TICs.	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	El soporte aportado no permite evidenciar adecuadamente la medición de los indicadores de seguimiento al uso y aprovechamiento de las TIC, dado que corresponde a un historial de requerimientos relacionados con el aplicativo TAO y no a un reporte de medición de indicadores. Se recomienda fortalecer los soportes para los próximos seguimientos y mantener la organización documental conforme a los lineamientos establecidos por la Oficina de Planeación..	Con observaciones
34	Fortalecer la estrategia para transformar la cultura organizacional mediante la ejecución de actividades orientadas a promover comportamientos, valores y prácticas institucionales	Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	Se evidencia informe con las acciones adelantadas para fortalecer la estrategia de transformación de la cultura organizacional. No obstante, se observa que el avance reportado (0,25%) subestima el avance real evidenciado en el soporte, el cual correspondería aproximadamente al 25%	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
	alineadas con los objetivos estratégicos		de ejecución. Se recomienda ajustar el porcentaje en el siguiente seguimiento para reflejar adecuadamente el avance acumulado alcanzado.	
35	Implementar la estrategia de diversidad, equidad e inclusión y no discriminación.	Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	Se evidencia informe con las acciones adelantadas para la implementación de la estrategia de diversidad, equidad, inclusión y no discriminación. No obstante, el avance reportado (0,25%) no corresponde proporcionalmente a las actividades ejecutadas y soportadas, por lo que se recomienda ajustar el porcentaje acumulado en el siguiente seguimiento conforme al avance acumulado y real evidenciado.	Con observaciones
37	Planear y ejecutar la reinducción general a toda la planta de personal del FBSCGR.	Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	Conforme a la observación reportada, durante el primer trimestre no se evidencia el desarrollo de acciones concretas relacionadas con la planeación y ejecución de la reinducción general a la planta de personal. Aunque la actividad se encuentra dentro de los tiempos programados, se recomienda adoptar medidas que permitan iniciar oportunamente su ejecución.	Con recomendaciones
38	Evaluar el avance en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	Oficina de Planeación	El soporte aportado corresponde a una matriz de planeación relacionada con actividades del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG; no obstante, no contiene diligenciadas las columnas de seguimiento, avance o cumplimiento que permitan validar el porcentaje reportado del 36,00%. Adicionalmente, no se evidencian informes, actas, socializaciones, autodiagnósticos u otros soportes que demuestren la ejecución material de las actividades durante el primer trimestre. Se recomienda para el siguiente seguimiento adjuntar evidencias concretas de ejecución y la matriz debidamente actualizada con los avances registrados.	Con observaciones
39	Ejecutar el plan de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión .	Oficina de Planeación	No se aportan soportes, informes, actas, registros de seguimiento ni observaciones que permitan verificar la ejecución del plan de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG o validar el avance reportado del 36,00%. Se recomienda registrar y adjuntar oportunamente las evidencias correspondientes en el siguiente seguimiento.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
42	Actualizar y divulgar el normograma de la entidad, mediante la identificación, revisión de la normativa vigente aplicable a cada proceso.	Grupo de Asuntos Jurídicos	No se reporta avance para el periodo evaluado; sin embargo, se informa que la normatividad aplicable se encuentra en análisis para la actualización del normograma institucional. Teniendo en cuenta que la actividad está programada para finalizar en el mes de julio, se recomienda reportar en el próximo seguimiento el cumplimiento de la acción junto con los soportes que permitan validar su cumplimiento.	Con recomendaciones
43	Presentar reporte periódico de la ejecución del Plan Institucional de Archivo PINAR .	Archivo	Se evidencia soporte relacionado con el avance en la ejecución del PINAR; no obstante, se recomienda incluir de manera expresa la fecha de corte o el periodo evaluado (trimestre, bimestre o semestre, según corresponda), así como la identificación del responsable de la elaboración o revisión del reporte, con el fin de fortalecer la trazabilidad y validación de la información. Igualmente, se solicita que los archivos soporte sean almacenados conforme a la estructura de nomenclatura recomendada para el adecuado seguimiento.	Con recomendaciones
47	Revisar y consolidar la información de ejecución presupuestal de ingresos y gastos, por los diferentes recursos de financiación e informar a la alta dirección las recomendaciones para la mejora continua.	Asesoría Financiera	No se reportan avances, observaciones ni soportes para el periodo evaluado, lo que impide verificar las acciones relacionadas con la revisión y consolidación de la ejecución presupuestal y la generación de recomendaciones para la alta dirección. Se recomienda fortalecer el reporte oportuno de evidencias.	Con observaciones

6.2. Mapa de Riesgos institucional – Acciones y controles con observaciones o recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R1 - Control 1	El Asesor del Grupo de control interno de Gestión o quien haga sus veces realiza la validación de los hallazgos u observaciones identificados por el equipo auditor, verificando su correspondencia con las evidencias y la realidad del proceso auditado. La validación se realiza por evento, después de la emisión del informe preliminar del equipo auditor y de seguimientos de Ley. El resultado de la validación se utiliza para ratificar o ajustar los hallazgos y el informe final, documentando el sustento de la decisión. El control queda evidenciado mediante acta de reunión	Grupo de Control Interno de Gestión	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución del control programado, lo que impide verificar su implementación y la validación de los hallazgos identificados en los procesos de auditoría y seguimientos de ley. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones
R2 - Control 1	El jefe de la Oficina de Planeación, revisa y contrasta la información reportada por las áreas en sus informes de gestión, verificando la coherencia interna, la consistencia con los soportes y la concordancia con la ejecución presupuestal cuando aplique. Esta actividad se ejecuta cada vez que se consoliden informes institucionales. Al detectar inconsistencias, solicita formalmente las aclaraciones o ajustes a la dependencia responsable, realizando seguimiento hasta la corrección definitiva. Se evidencia mediante el informe con revisiones.	Oficina de Planeación	No se evidencian soportes, informes revisados, comunicaciones de ajuste, registros de seguimiento ni observaciones relacionadas con la revisión y contraste de la información reportada en los informes de gestión institucional, lo que impide verificar la aplicación del control establecido. Se recomienda registrar y adjuntar oportunamente las evidencias correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R2 - Control 2	El gerente por intermedio de su asesor o funcionario delegado lleva a cabo la revisión final de calidad del informe institucional. La actividad se realiza previo a su publicación oficial, e incluye verificar la correspondencia entre secciones, la coherencia narrativa, la integridad de anexos y la armonización con los lineamientos estratégicos del Fondo. En caso de identificar inconsistencias, retorna el informe a la Oficina de Planeación para su corrección, dejando un registro formal de las observaciones y verificando su cierre antes de autorizar la versión final. El registro de observaciones y su cierre constituye la evidencia del control.	Asesoría de Gerencia (Planeación)	No se evidencian soportes, reportes ni observaciones relacionadas con la ejecución del control programado para el periodo evaluado, lo que impide validar la revisión final de calidad de los informes institucionales y la aplicación del control establecido. Se recomienda fortalecer el registro oportuno de las actividades ejecutadas y sus evidencias en los próximos seguimientos.	Con observaciones
R4 - Control 1	El Profesional universitario de la Oficina Jurídica efectúa seguimiento a los procesos de forma mensual, el cual consiste en registrar las actuaciones procesales de acuerdo con los reportes del estado de los procesos y las evidencias en la matriz de control. El registro completo y veraz sirve de base para la toma de decisiones y reporte de advertencias. De encontrar incongruencias se solicitará explicaciones al apoderado judicial responsable así como las actuaciones pertinentes.	Grupo de Asuntos Jurídicos	El avance reportado es coherente con las actividades de seguimiento y control adelantadas sobre los procesos judiciales durante el periodo evaluado. Los soportes permiten evidenciar el registro y monitoreo de actuaciones procesales, así como la atención oportuna de requerimientos, contribuyendo a la mitigación del riesgo asociado a la extemporaneidad en la gestión judicial. Se recomienda fortalecer la estandarización de los soportes documentales en formato y nomenclatura establecido (Por ejemplo: MR-G 2026 R4 - Control 1 Sp 01).	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R5 - Control 1	El Técnico Administrativo del Grupo de Atención al Usuario realiza una verificación diaria de los registros efectuados en el aplicativo de gestión documental, cotejando que cada radicado cumpla con: (i) parámetros de registro definidos, (ii) integridad de datos obligatorios y (iii) carga efectiva de imágenes y anexos requeridos. Cuando se detectan inconsistencias o ausencia de anexos, el registro es devuelto inmediatamente al funcionario responsable para su ajuste, haciendo seguimiento hasta su corrección, como evidencia se realizan reportes trimestrales con registros de verificación diaria.	Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	Se evidencian soportes, pero existe ausencia de reporte de avance u observaciones sobre la ejecución del control programado. Se recomienda registrar oportunamente los avances, además, ubicar los soportes en las respectivas carpetas destinadas para cada acción o control (Reportan soporte de MR-G-2026 R5 – Control 2 Sp).	Con observaciones
R5 - Control 2	Los funcionarios que efectúan radicados de documentos externos realizan rotación para verificar los registros efectuados mediante un control diario de lo ejecutado por su compañero, dejando constancia en un reporte trimestral sobre las novedades presentadas. Cuando se identifiquen patrones recurrentes de error o dificultades operativas, el coordinador del grupo o el profesional líder define orientaciones o ajustes operativos inmediatos	Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	No se ubica adecuadamente los soportes, posiblemente está en otra carpeta y esto limita verificar su implementación y la validación. Se recomienda registrar oportunamente e incluir las evidencias correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R6 - Control 1	Los Profesionales del Grupo de Apoyo Financiero – Crédito y Cartera realizan la verificación técnica y documental de las solicitudes de crédito (vehículo, bienestar integral y calamidad), validando requisitos, soportes, capacidad de endeudamiento y requisitos del manual vigente. Cuando la solicitud no cumple la totalidad de requisitos, el Profesional devuelve el expediente al Técnico para subsanación o rechazo, dejando registro en el Formato de Análisis Técnico.	Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera	Requiere Ajuste. Aunque se reporta un avance del 100%, el control corresponde a actividades permanentes durante toda la vigencia relacionadas con la verificación técnica y documental de solicitudes de crédito. En consecuencia, el avance del periodo debería corresponder proporcionalmente al 25%, equivalente al primer trimestre de ejecución.	Con observaciones
R6 - Control 3	Los integrantes del Comité de Vehículo y Bienestar Integral revisan las solicitudes de crédito verificando su correspondencia con los requisitos normativos, la veracidad de la información y los soportes aportados. Los miembros del Comité dejan constancia en el acta respectiva de las razones que motivan la aprobación o la recomendación de no aprobación de los créditos a la Gerencia.	Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera	Requiere Ajuste. Aunque se reporta un avance del 100%, el control está definido para su aplicación permanente durante toda la vigencia en las sesiones del Comité de Vehículo y Bienestar Integral. Por lo tanto, el avance correspondiente al primer trimestre debería equivaler al 25% de ejecución.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R12 - Control 2	Cuando el personal del Grupo identifica un comportamiento inadecuado por parte de un usuario durante las actividades (incluyendo el Programa de Vacaciones Recreativas), interviene de forma inmediata para restablecer la normalidad y realiza un informe escrito del incidente, anexando evidencias (fotografías, videos, testimonios cuando apliquen). El Director Operativo o su delegado socializa la situación con el usuario o con el acudiente del menor, dejando constancia por escrito. Si se repite la conducta, se aplica la cláusula de permanencia establecida en el reglamento.	Subdirección de Bienestar y Calidad de Vida	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución del control programado, lo que impide verificar su implementación y la validación. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias u observaciones correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones
R14 - Control 1	Los miembros del Comité Técnico del Programa de Salud realiza la autoevaluación para verificar el cumplimiento de los criterios de habilitación según la normativa aplicable. Las observaciones o incumplimientos identificados se registran en el acta de la reunión y son objeto de acciones de mejoramiento según competencia de la Coordinadora del Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud, cuando no son de manejo de la coordinadora del grupo se escalan a la alta dirección para conocimiento y gestión.	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	Cuenta con evidencias relacionadas con la autoevaluación y verificación de criterios de habilitación del programa de salud, conforme el control establecido. Se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R14 - Control 2	La Profesional Especializada Grado 21 del Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud monitorea y evalúa trimestralmente las novedades para detectar e informar oportunamente a la Dirección de Desarrollo las novedades administrativas, asistenciales o normativas que puedan afectar la prestación del servicio, para que se adopten las medidas y decisiones requeridas conforme a la normativa de salud vigente	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	El avance reportado cuenta con soportes relacionados con el monitoreo y reporte de novedades administrativas, asistenciales o normativas asociadas a la prestación del servicio de salud. Se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con recomendaciones
R15 - Control 1	La profesional especializada grado 21 del Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud verifica diariamente que los ingresos por venta de servicios se encuentren registrados en el aplicativo y correspondan a lo facturado y a lo diligenciado en la planilla diaria de recaudo. En caso de presentar inconsistencia se solicita aclaración al funcionario que adelantan la facturación. Si no se concilia o aclara, se comunica a la Dirección de Desarrollo para que tome las medidas pertinentes.	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	Aunque se aportan correos electrónicos relacionados con el reporte diario de recaudo, no es posible evidenciar de manera suficiente la aplicación del control establecido respecto a la verificación de correspondencia entre los ingresos registrados, la facturación y la planilla diaria de recaudo. Adicionalmente, se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R15 - Control 2	La profesional especializada grado 21 del Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud verifica diariamente que lo facturado en el servicio de odontología, corresponda al tratamiento realizado, según lo registrado por el odontólogo en el formato Clasificación Única en procedimientos en Salud (CUPS) y la facturación. En caso de presentar inconsistencia se solicita aclaración al funcionario que realizó la facturación. Si no se concilia o aclara se comunica a la Dirección de Desarrollo para que tome las medidas pertinentes.	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	Se aportan reportes diarios relacionados con la facturación del servicio de odontología; sin embargo, no se evidencia de manera suficiente quien realiza la validación establecida en el control (no se registra el responsable de la verificación), respecto a la correspondencia entre los tratamientos realizados, los registros CUPS y la facturación efectuada, ni las acciones adelantadas frente a posibles inconsistencias. Igualmente se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con observaciones
R16 - Control 1	La profesional especializada grado 21 del Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud realiza bimensualmente la verificación de la carpeta digital con los soportes documentales por cada funcionario que solicite la inscripción al programa de salud. En caso de no cumplir con los requisitos, se solicita al funcionario que complete los soportes documentales exigidos en la normativa vigente para afiliación y queda registrado en aplicativo, ítem tipo de paciente, como "Pendiente". Como constancia se generan informes que se reportan a la subdirección de Desarrollo y Emprendimiento	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	El avance reportado cuenta con soportes adecuados relacionados con la verificación de requisitos documentales para la inscripción al programa de salud y el reporte de novedades correspondientes. No obstante, se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R20 - Control 2	El Técnico Grado 18 de Tesorería realiza una revisión mensual de los reportes de devoluciones en nivel de detalle del documento, donde se especifican los datos del solicitante con el fin de identificar si hay duplicidad en la devolución. En caso de detectar que el pago ya se realizó, el técnico procede a comunicar esta situación al beneficiario con el respectivo documento soporte y a cancelar la solicitud duplicada para evitar un doble desembolso.	Tesorería	Los soportes aportados no son suficientes para evidenciar la ejecución del control establecido, dado que únicamente demuestran la realización de pagos y devoluciones, pero no permiten verificar la revisión mensual orientada a identificar duplicidades, ni las acciones de mitigación asociadas, como comunicaciones a beneficiarios, cancelación de solicitudes duplicadas o reportes de inconsistencias detectadas. Se recomienda complementar las evidencias con informes de revisión, listas de chequeo, registros de validación o soportes de anulación de trámites duplicados.	Con observaciones
R23 - Control 2	El Aplicativo SIIF Nación, de forma continua (ante cada registro de datos), realiza la validación y prevención de inconsistencias contables o de calidad de la información. El control se ejecuta mediante la operación de parámetros automáticos que impiden continuar con el proceso de registro hasta que la información sea correcta. En caso de detectar una inconsistencia, el sistema genera una alerta que obliga al usuario a corregir la información para poder avanzar. Como evidencia, el aplicativo mantiene un registro de trazabilidad (log de transacciones) de las validaciones.	Contabilidad	Se aportan soportes relacionados con el proceso de giro de créditos aprobados en el Fondo de Bienestar; no obstante, no se evidencia de manera explícita la operatividad del control automático descrito para el aplicativo SIIF Nación ni registros de trazabilidad o alertas generadas por el sistema. Se recomienda complementar las evidencias conforme al control e indicador de cumplimiento definidos como por ejemplo constancias de operatividad.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R25 - Control 1	El profesional especializado del Grupo Gestión de Apoyo Financiero identifica mensualmente los deudores morosos en el reporte de clasificación de cartera generado por el aplicativo TAO, para iniciar la gestión de cobro a través de comunicaciones, reforzado con llamadas y correos. Si no se obtiene el pago de la obligación, se corre traslado al Grupo de Gestión Jurídica para el cobro mediante actuaciones judiciales.	Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera	El avance reportado del 25% cuenta con soportes relacionados con la gestión de cobro y seguimiento a cartera en mora durante el periodo evaluado. Se recomienda que los reportes incluyan la identificación del responsable de su validación o generación para fortalecer su trazabilidad.	Con recomendaciones
R25 - Control 2	El profesional Universitario del Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera, verifica con el reporte de novedades del área de nómina de Talento Humano de la CGR, que el valor a descontar corresponda a la cuota establecida para el respectivo crédito. Adicionalmente, se revisa que se encuentren incluidos todos los créditos. Para los casos que se evidencie diferencia, se solicita el ajuste de novedades de nómina.	Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera	Requiere Ajuste. Aunque se reporta un avance del 100%, el control corresponde a una actividad permanente durante toda la vigencia relacionada con la verificación de novedades de nómina y descuentos aplicados a créditos. En consecuencia, el avance del periodo debería corresponder proporcionalmente al 25%, equivalente al primer trimestre de ejecución.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R26 - Control 1	La Asesora Financiera y la Profesional de la Oficina de Planeación, anualmente en la justificación del anteproyecto de presupuesto, presentan las necesidades de recursos para cesantías con base en la proyección realizada por la CGR. Una vez asignada la partida presupuestal la profesional del área de cesantías realiza seguimiento mediante los informes presentados en el comité de Cesantías. Cuando se presenta déficit, informa a la asesora financiera y la gerencia para el trámite ante el Ministerio de Hacienda los recursos necesarios o adicionales para cumplir con las solicitudes de los funcionarios de la CGR.	Asesoría Financiera	No se reportan avances ni soportes sobre la ejecución del control relacionado con la gestión y seguimiento de recursos para cesantías, pese a encontrarse dentro del periodo programado. Se recomienda reportar las gestiones y evidencias correspondientes en el siguiente seguimiento.	Con observaciones
R27 - Control 1	Los funcionarios del Grupo de Gestión de Cesantías una vez reciben las solicitudes para pago verifican con la base de datos de cuentas bancarias que la cuenta está creada. Si no está creada, se remite a los profesionales grado 09 para su creación. En caso de estar vencida la cuenta, se remite para activación.	Grupo de Gestión de Cesantías.	Cuenta con evidencia de la ejecución del control; no obstante, no se reportó el porcentaje de avance correspondiente a su aplicación durante el periodo evaluado. Para el siguiente corte, se recomienda registrar el avance acumulado conforme a la periodicidad y ejecución real del control.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R32 - Control 1	El Profesional Especializado grado 21 del Área de Contratación realiza mensualmente la verificación documental de cada expediente contractual para confirmar la existencia del “Formato de Declaración de Impedimento y/o Conflicto de Intereses para Procesos de Contratación”, debidamente diligenciado por los servidores que intervienen en la fase precontractual, contractual y poscontractual. En caso de ausencia del formato, incompletitud o inconsistencias, se requiere de manera inmediata al servidor asignado para que subsane la información y complete el expediente, dejando evidencia del requerimiento y su cierre. Adicionalmente, el Director Administrativo, en su calidad de Presidente del Comité de Contratación, al inicio de cada sesión realiza la consulta formal a los miembros del Comité sobre la existencia de posibles inhabilidades, incompatibilidades o conflictos de interés frente a los asuntos a tratar. Cuando alguno manifiesta impedimento o se identifica un posible conflicto, se levanta registro en el acta del Comité y se gestiona la separación del funcionario respecto del asunto, conforme a la normativa vigente.	Contratación	Se aportan como evidencia actas del Comité de Contratación en las que se registra la consulta sobre posibles conflictos de interés. No obstante, el soporte presentado evidencia principalmente la aplicación del control en las sesiones del comité, sin observarse de manera integral la verificación documental mensual de expedientes contractuales respecto al diligenciamiento de los formatos de declaración de conflicto de interés descrito en el control	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R33 - Control 1	La Rectora programa anualmente y ejecuta de manera periódica actividades de formación, inducción y actualización dirigidas a docentes, personal administrativo, padres de familia y estudiantes, orientadas a la aplicación de la Ruta de Atención Integral, el Manual de Convivencia y el Debido Proceso en la gestión de incidentes escolares.	Grupo de Gestión Educativa y Colegio	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución del control programado, lo que impide verificar su implementación y la validación. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias u observaciones correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones
R33 - Control 2	El Coordinador de Convivencia revisa semanalmente los registros del Observador del Estudiante para verificar el seguimiento realizado por los docentes a los incidentes reportados (Tipo I, II o III), en concordancia con el Manual de Convivencia y la Ruta de Atención Integral. En caso de inconsistencias, ausencia de actuaciones documentadas o incumplimiento de tiempos, el Coordinador solicita al docente responsable la actualización del registro y documenta el cierre del seguimiento.	Grupo de Gestión Educativa y Colegio	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución del control programado, lo que impide verificar su implementación y la validación. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias u observaciones correspondientes en los próximos seguimientos.	Con observaciones
R34 - Control 1	El técnico y/o auxiliar administrativo del área de Archivo registra cada consulta y préstamo documental en el Formato de Préstamo correspondiente, garantizando la trazabilidad de la información. Adicionalmente, realiza el seguimiento al cumplimiento de los tiempos de devolución establecidos y gestiona los requerimientos a los usuarios en caso de retrasos, dejando evidencia en el registro de control.	Grupo de Gestión Administrativa	El soporte evidencia un registro de consulta y préstamo documental efectuado durante el periodo reportado. Se solicita que los archivos soporte se guarden conforme a la estructura de nomenclatura recomendada para facilitar su trazabilidad y seguimiento.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R34 - Control 3	El coordinador de Gestión Administrativa programa la ejecución de jornadas de limpieza en seco a las cajas que figuran en los depósitos de archivo, para prevenir el deterioro y riesgos biológicos.	Grupo de Gestión Administrativa	Se aporta evidencia fotográfica de la jornada de limpieza realizada durante el periodo. Se solicita que los archivos soporte sean nombrados conforme a la estructura recomendada para el adecuado seguimiento.	Con recomendaciones
R35 - Control 1	El Profesional Especializado del área de Presupuesto realiza una verificación mensual del reporte de ejecución presupuestal descargado del SIIF, contrastándolo con la programación definida en el Plan Anual de Adquisiciones y con las obligaciones previstas para créditos, nómina, cesantías y programas de bienestar. El análisis incluye revisión de apropiación disponible, compromisos y obligaciones para detectar rezagos o riesgos de baja ejecución. Los resultados se documentan en hojas de trabajo y, cuando se identifican desviaciones, se comunica al responsable del área generadora para adoptar los ajustes requeridos y lograr la ejecución de los recursos.	Presupuesto	Se cuenta con las hojas de trabajo correspondientes a los meses reportados, las cuales contienen la información presupuestal utilizada para el seguimiento a la ejecución de recursos. Se recomienda mantener la estructura definida para el nombre de los archivos soporte.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R35 - Control 2	La Asesoría Financiera realiza mensualmente el análisis consolidado de la ejecución presupuestal de los recursos Nación y recursos propios, verificando la coherencia entre apropiación, compromisos y obligaciones. El informe consolidado se presenta a los miembros del Comité Interno de Programación Presupuestal, dejando evidencia de observaciones, riesgos identificados y recomendaciones de ajuste. Las decisiones adoptadas por el Comité se registran en el acta correspondiente para su seguimiento.	Asesoría Financiera	No se reportan avances, actas, informes ni soportes relacionados con el análisis consolidado de la ejecución presupuestal y su presentación ante el Comité Interno de Programación Presupuestal, lo que impide validar la aplicación del control establecido.	Con observaciones
R37 - Control 1	Los Profesionales del área de Contratación, en cada proceso de adquisición de bienes y servicios, verifican en el SECOP II que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos para la modalidad de contratación aplicable. Para ello, contrastan la información con la lista de chequeo o el pliego de condiciones definido para el proceso. Cuando la información cumple, registran la validación en la base de datos interna del área. Si identifican inconsistencias, devuelven los documentos al proveedor o al área solicitante para los ajustes pertinentes.	Contratación	Se aporta como evidencia registro en la base de datos de validación precontractual. Sin embargo, se observa que el porcentaje reportado del 3% podría subestimar el avance real de ejecución del control, considerando que este se aplica de manera permanente en cada proceso contractual. Se recomienda validar para el siguiente periodo el porcentaje acumulado real y la meta establecida para la vigencia, teniendo en cuenta que, conforme a la periodicidad definida, podría esperarse un avance cercano al 25% para el primer trimestre.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R40 - Control 1	Cuando se notifica una sentencia o conciliación en contra del Fondo de Bienestar Social, el Profesional Especializado grado 21 del Grupo de Asuntos Jurídicos, o quien haga sus veces, realiza de manera inmediata el traslado formal al área responsable de la liquidación del pago, adjuntando los documentos judiciales pertinentes. Además, efectúa un seguimiento mensual al estado del trámite de liquidación, verificando el avance frente a los términos establecidos en el fallo y registrando incidencias. Si se identifica riesgo de vencimiento de términos o posibles retrasos, remite comunicación escrita al área responsable reiterando la obligación de cumplir oportunamente con lo ordenado por la autoridad judicial.	Grupo de Asuntos Jurídicos	El avance es consistente con las actuaciones realizadas para el seguimiento al cumplimiento de sentencias y conciliaciones ejecutoriadas. Los soportes aportados evidencian la gestión adelantada para el trámite oportuno de pago y el seguimiento a los términos judiciales, contribuyendo a la mitigación del riesgo fiscal identificado. Se recomienda mantener la uniformidad en la presentación y nomenclatura de los soportes (por ejemplo MR-F 2026 R40 - Control 1 Sp 01).	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R41 - Control 1	El Técnico Administrativo grado 18 del Grupo de Asuntos Jurídicos realiza seguimiento semanal a cada uno de los procesos judiciales civiles y administrativos a cargo de la Entidad, mediante la consulta en los sistemas judiciales (Rama Judicial, SIRECI, etc.) y la revisión de notificaciones recibidas. Cuando se identifica un auto, requerimiento o actuación procesal, el Técnico remite comunicación inmediata al abogado apoderado, adjuntando los documentos respectivos para adelantar las actuaciones jurídicas pertinentes. Asimismo, el Técnico consolida un informe mensual de seguimiento, en el cual registra novedades procesales, actuaciones pendientes y alertas por vencimiento próximo de términos.	Grupo de Asuntos Jurídicos	El avance reportado permite evidenciar actividades de vigilancia judicial y seguimiento a actuaciones procesales, orientadas a prevenir afectaciones económicas derivadas de una inadecuada defensa judicial. Se recomienda continuar fortaleciendo el control documental y ajustar la nomenclatura de los soportes presentados, por ejemplo, MR-G 2026 R41 - Control 1 Sp 01.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R42 - Control 1	La Profesional Especializada grado 21 del Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud realiza mensualmente la revisión de los RIPS institucionales, contrastándolos con los diagnósticos diferenciales reportados y con la información documentada en la Historia Clínica. Esta verificación incluye la identificación de datos irreales, inconsistentes, incoherentes o incompletos que puedan generar reportes inválidos en el aplicativo de salud. Cuando se identifican inconsistencias, la Profesional Especializada emite comunicación formal al profesional responsable del registro, solicitando aclaraciones o correcciones, con copia a la Oficina de Control Disciplinario y demás dependencias que correspondan. Asimismo, documenta en un informe mensual los hallazgos, las acciones requeridas y las medidas adoptadas.	Grupo Centro Médico y Atención Integral en Salud	Aunque se evidencia la aplicación del control para el mes de enero, no se aportan soportes que permitan verificar su ejecución durante los meses de febrero y marzo, lo que limita la validación integral del avance reportado para el trimestre. Igualmente, se recomienda mantener la estructura definida para la nomenclatura de los archivos soporte.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R44 - Control 1	El Técnico Administrativo del Grupo de Atención al Usuario realiza diariamente el seguimiento al estado de las PQRSD registradas en el sistema de radicación institucional, verificando los términos legales de respuesta. Cinco (5) días calendario antes del vencimiento del plazo legal, remite requerimiento formal al área responsable solicitando la entrega oportuna del proyecto de respuesta. El seguimiento se documenta mediante registro digital en la matriz de control de PQRSD y se consolida en un reporte trimestral que evidencia los requerimientos efectuados y los tiempos de respuesta de cada área.	Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	No se evidencian soportes que corresponda al consecutivo del riesgo, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución del control programado, lo que impide su adecuada verificación e implementación. Se recomienda registrar los avances oportunamente y las evidencias para los próximos seguimientos.	Con observaciones
R44 - Control 2	La Coordinadora del Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés, de forma trimestral, mediante muestreo (aleatorio), realiza la validación de calidad y detección de inconsistencias en las respuestas a los trámites de PQRDs. El control se ejecuta mediante el cotejo de una muestra de las respuestas elaboradas por las diferentes áreas, verificando que sean claras, precisas y congruentes al trámite. Si detecta que no cumplen con estas condiciones, la Coordinadora documenta lo encontrado y elabora un informe que da a conocer a los responsables y a sus jefes con el fin de que apliquen las acciones correctivas pertinentes. Como evidencia, se conserva el informe de observaciones encontradas.	Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	Se evidencia ausencia en el reporte de avance u observaciones sobre la ejecución del control programado, no obstante, se cuenta con soportes relacionados con el control establecido. Se recomienda registrar oportunamente los avances en los próximos seguimientos. Considerando el cierre para el reporte, para el siguiente trimestre se deberá reportar el avance acumulado respectivo, es decir, incluir lo correspondiente al primer trimestre.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
R46 - Control 1	El profesional especializado o quien haga sus veces del grupo de Talento Humano revisa semestralmente las actualizaciones normativas aplicables al proceso y programará acciones de gestión del conocimiento tales como mesas de trabajo de retroalimentación. Se deja evidencia mediante actas de reunión con el grupo de trabajo.	Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	Conforme a la observación reportada, la actividad relacionada con la revisión de actualizaciones normativas y programación de acciones de gestión del conocimiento será reportada a partir del siguiente corte. Aunque se encuentra dentro de los tiempos establecidos, se recomienda adelantar acciones preparatorias que faciliten su adecuada ejecución y soporte.	Con recomendaciones
R50 - Control 1	El Profesional Especializado del Grupo de Gestión de Apoyo Financiero – Crédito y Cartera al inicio de cada sesión de los comités de revisión y aprobación de créditos, realiza la consulta formal a los miembros del Comité sobre la existencia de posibles inhabilidades, incompatibilidades o conflictos de interés frente a los asuntos a tratar. Cuando alguno manifiesta impedimento o se identifica un posible conflicto, se levanta registro en el acta del Comité y se gestiona la separación del funcionario respecto del asunto, conforme a la normativa vigente.	Grupo de Gestión de Apoyo Financiero Crédito y Cartera	Requiere Ajuste. Aunque se reporta un avance del 100%, el control está definido para aplicarse en todos los comités de revisión y aprobación de créditos realizados durante la vigencia. Por tanto, el avance correspondiente al primer trimestre debería equivaler al 25% de ejecución.	Con observaciones

6.3. Programa de Transparencia y Ética Pública – Acciones con observaciones o recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
6	Divulgar el procedimiento para la gestión de conflictos de intereses.	Oficina de Planeación	A la fecha no se evidencian soportes, registros de divulgación, listados de asistencia, comunicaciones o avances relacionados con la actividad de divulgación del procedimiento para la gestión de conflictos de intereses. Aunque la actividad se encuentra dentro de los tiempos programados, se recomienda presentar avances y evidencias en el siguiente seguimiento.	Con observaciones
7	Realizar el procedimiento para la operación del canal institucional de denuncias por corrupción y Buzón ético	Grupo de Atención al Usuario y Enlace con Grupos de Interés.	No se evidencian soportes, reportes de avance ni observaciones sobre la ejecución de la acción programada, lo que impide verificar su avance y validación. Se recomienda registrar oportunamente las evidencias correspondientes a los avances en los próximos seguimientos.	Con observaciones
8	Elaborar el procedimiento para el reporte de operaciones sospechosas.	Grupo de Asuntos Jurídicos	No se reporta avance para el periodo evaluado; sin embargo, se informa que la actividad se encuentra en etapa de análisis para la elaboración del procedimiento. Se recomienda reportar en el próximo seguimiento los avances y soportes que permitan verificar la implementación de la acción.	Con recomendaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
9	Realizar la consulta en la lista OFAC, PACO y/o certificado de lavado de activos de los oferentes de contratación en la entidad	Contratación	El archivo aportado constituye evidencia documental de la ejecución de la debida diligencia mediante consultas en listas OFAC y PACO dentro de los procesos contractuales. No obstante, se observa que el porcentaje reportado del 3% podría subestimar el avance real de la actividad, por lo que se recomienda validar para el siguiente periodo el porcentaje acumulado efectivamente ejecutado y la meta definida para la vigencia.	Con observaciones
10	Realizar control de legalidad a los documentos que acreditan capacidad jurídica. técnica, financiera y organizacional de los proveedores y socios del FBSCGR, en aras de mitigar los riesgos de lavado de activos y financiamiento indebido, disminuyendo así los riesgos de corrupción interna o externa en la celebración de negocios jurídicos por parte de la entidad.	Grupo de Asuntos Jurídicos	El avance es coherente con las actividades de control de legalidad efectuadas sobre los procesos contractuales del primer trimestre, evidenciando la aplicación de acciones de debida diligencia orientadas a mitigar riesgos de integridad y corrupción. Se recomienda mantener una estructura uniforme en la nomenclatura y presentación de los soportes documentales, por ejemplo PTEP 2026 10 Sp 01.	Con recomendaciones
13	Dar a conocer a la alta dirección los elementos esenciales de las redes externas: Sistema Nacional de Rendición de Cuentas, Sistema Nacional de Integridad, Modelo Estándar de Control Interno y Red anticorrupción de Jefes de Control Interno	Oficina de Planeación	A la fecha no se evidencian soportes, presentaciones, actas, comunicaciones o registros relacionados con la socialización a la alta dirección de los elementos esenciales de las redes externas señaladas en la actividad programada. Aunque la actividad se encuentra dentro de los tiempos previstos, se recomienda reportar avances y soportes en el siguiente periodo.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
14	Identificar y caracterizar la información conforme a la Ley de Transparencia y Acceso a la información pública, estableciendo los plazos para su publicación, los responsables de su actualización y demás criterios aplicables, de acuerdo con el Índice ITA.	Grupo de Tecnologías de La Información y Comunicaciones	No se evidencia soporte que permita validar el avance reportado del 45% en la identificación y caracterización de la información conforme a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, lo que limita la adecuada verificación de la actividad ejecutada.	Con observaciones
16	Crear el procedimiento para la actualización y publicación de los instrumentos de gestión de la información.	Archivo	Requiere Ajuste. Aunque se reporta un avance del 100%, la observación indica que el procedimiento aún corresponde a una versión preliminar pendiente de aprobación formal, por lo que el porcentaje de avance debería reflejar el estado parcial de ejecución hasta tanto se cuente con la versión oficial aprobada. Una vez el documento sea adoptado formalmente, podrá reportarse el cumplimiento total. Adicionalmente, se solicita que los archivos soporte se almacenen conforme a la estructura de nomenclatura recomendada para el adecuado seguimiento.	Con observaciones
29	Llevar a cabo capacitación sobre riesgos de integridad.	Oficina de Planeación	A la fecha no se evidencian soportes, listados de asistencia, presentaciones, comunicaciones o registros relacionados con la capacitación sobre riesgos de integridad. Aunque la actividad se encuentra dentro de los tiempos programados, se recomienda presentar avances y evidencias en el siguiente seguimiento.	Con observaciones

No.	Acción / Control	Dependencia responsable reporte	Seguimiento 1	Estado Seguimiento
30	Socializar la política de Integridad.	Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	Conforme a la observación reportada, durante el primer trimestre no se evidencia el desarrollo de acciones concretas relacionadas con la socialización de la Política de Integridad. Aunque la actividad se encuentra dentro de los tiempos programados, se recomienda adoptar medidas que permitan avanzar oportunamente en su ejecución.	Con recomendaciones
32	Generar boletín de buenas prácticas de integridad.	Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	Conforme a la observación reportada, durante el primer trimestre no se evidencia el desarrollo de acciones concretas relacionadas con la generación del boletín de buenas prácticas de integridad. Aunque la actividad se encuentra dentro de los tiempos establecidos, se recomienda adelantar acciones que permitan su ejecución oportuna.	Con recomendaciones
33	Promoción de los valores de la entidad.	Grupo de Gestión del Talento Humano y desarrollo Organizacional	Conforme a la observación reportada, durante el primer trimestre no se evidencia el desarrollo de acciones concretas relacionadas con la promoción de los valores institucionales. Aunque la actividad se encuentra dentro de los tiempos programados, se recomienda implementar acciones que permitan avanzar en su adecuada ejecución.	Con recomendaciones