

Informe de Seguimiento

Planes de Mejoramiento ISOLUCION

Período: 01 de enero al 31 de marzo de 2026

Oficina de Control Interno

10 de abril de 2026



Concejo
Distrital de Medellín

Informe de Seguimiento
Planes de Mejoramiento ISOLUCION
Período: 01 de enero al 31 de marzo de 2026

Juan Camilo Morales Suárez, Jefe de Control Interno

Oficina de Control Interno

Medellín – Antioquia

10 de abril de 2026



Concejo
Distrital de Medellín



CONTENIDO

| | | |
|----|--|----|
| 1 | Introducción | 4 |
| 2 | Marco Normativo | 4 |
| 3 | Panorama general del sistema de mejora | 4 |
| 4 | Comportamiento de hallazgos por trimestre | 12 |
| 5 | Hallazgos por tipo | 14 |
| 6 | Hallazgos por proceso | 14 |
| 7 | Hallazgos críticos identificados..... | 15 |
| 8 | Hallazgos vencidos..... | 16 |
| 9 | Evaluación del sistema de mejora continua..... | 18 |
| | • Bajo nivel de ejecución (6 de 9 acciones abiertas en 0%, esto es un 66,66% sin oportunidad)..... | 18 |
| 10 | Conclusiones..... | 19 |
| 11 | Recomendaciones | 19 |



INFORME TRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO

1 Introducción

La Oficina de Control Interno realiza seguimiento trimestral al estado de los planes de mejoramiento registrados en el sistema ISOLUCIÓN, derivados de auditorías internas, externas, revisiones del sistema y gestión de riesgos.

Este informe tiene como propósito evaluar el comportamiento de los hallazgos, el cumplimiento de las acciones correctivas y la eficacia del sistema de mejora continua, proporcionando información estratégica para la toma de decisiones de la Alta Dirección.

2 Marco Normativo

El seguimiento a los planes de mejoramiento se realiza en cumplimiento de:

- Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno
- Decreto 648 de 2017
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG
- Norma ISO 9001:2015
- Política de Mejora Continua del Sistema Integrado de Gestión

3 Panorama general del sistema de mejora

Este informe cubre acciones que se abrieron desde el año 2025, derivadas de auditorías internas y externas, así como del resultado de evaluación de la alta dirección, y da cuenta de las No conformidades, acciones para abordar riesgos, notas de mejora, acciones preventivas hallazgos, incluyendo los de los entes de control, como Contraloría Distrital de Medellín.



| Proceso | ID del hallazgo | Estado | Fecha de Cumplimiento | Sobre qué es el hallazgo | Fuente del hallazgo | Observación de trazabilidad |
|---------------------------|-----------------|---------|-----------------------|--|-------------------------------------|--|
| Gestión de la Información | 776 | Abierta | 30/06/2026 | No se realizan mediciones de temperatura y humedad con los equipos disponibles, ni se controla su calibración. | Auditoría Gestión Documental. | |
| Gestión de la Información | 774 | Abierta | 30/04/2026 | No se realizan los cálculos de indicadores de transferencias ni se socializan sus resultados. | Auditoría Gestión Documental. | Revisar la fecha de cierre general que está proyectada para abril y las acciones tienen seguimiento para mayo y junio. |
| Gestión de la Información | 775 | Vencida | 27/02/2026 | No se realiza el seguimiento y control a los indicadores establecidos en el PINAR 2018-2025. | Auditoría Gestión Documental. | Revisar, pues la fecha de cierre general estaba para el 27 de febrero y las acciones aparecen con fechas de cumplimiento a julio de 2026 |
| Gestión de la Información | 771 | Vencida | 27/02/2026 | El acta del comité interno de archivo carece de la firma de su presidente y de nota aclaratoria. | Auditoría Gestión Documental. | Acciones proyectadas a marzo, próxima a vencerse y cierre global con fecha de febrero |
| Gestión de la Información | 772 | Vencida | 16/02/2026 | El Manual de Gestión Documental está desactualizado (año 2017) y cita normas que ya fueron derogadas. | Auditoría Gestión Documental. | La fecha de la actividad está para ejecutarse en febrero 27, sin embargo el cierre total se tiene para el 16 de febrero |
| Gestión de la Información | 773 | Abierta | 15/04/2026 | No se ha hecho aplicación de la Tabla de Retención Documental ni | Auditoría Gestión Documental. | Sin seguimiento en acciones vencidas de febrero y marzo, aunque la fecha de cierre global |



| Proceso | ID del hallazgo | Estado | Fecha de Cumplimiento | Sobre qué es el hallazgo | Fuente del hallazgo | Observación de trazabilidad |
|----------------------------|-----------------|---------|-----------------------|--|-------------------------|--|
| | | | | más eliminaciones de documentos. | | sea en el mes de abril |
| Gestión de la Información | 322 | Vencida | 28/02/2026 | Implementar la revisión inmediata de la transferencia primaria evaluando los requisitos de recepción. | Transferencia Primaria. | |
| Gestión del Talento Humano | 770 | Abierta | 20/03/2026 | Incumplimientos en reporte de accidentes, formación obligatoria y aplicación de exámenes médicos. | Inspección de SG-SST. | Vence el <u>20 de marzo</u> , sin seguimiento en las diferentes acciones, que no presentan gestión |
| Gestión del Talento Humano | 768 | Vencida | 26/02/2026 | El empleador no garantiza que los trabajadores nuevos reciban inducción en SST antes de iniciar labores. | Inspección de SG-SST. | |
| Gestión del Talento Humano | 769 | Vencida | 05/03/2026 | Falta procedimiento para evaluar requisitos de SST en especificaciones de compras y adquisiciones. | Inspección de SG-SST. | |
| Gestión del Talento Humano | 332 | Abierta | 31/03/2026 | Garantizar la participación de todo el personal en la rendición de cuentas del SG-SST. | Auditoria Interna. | |
| Gestión del Talento Humano | 333 | Abierta | 31/07/2026 | Actualizar la matriz de requisitos legales aplicables con las normas vigentes. | Auditoria Interna. | |



| Proceso | ID del hallazgo | Estado | Fecha de Cumplimiento | Sobre qué es el hallazgo | Fuente del hallazgo | Observación de trazabilidad |
|----------------------------|-----------------|---------|-----------------------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Gestión del Talento Humano | 334 | Abierta | 31/07/2026 | Necesidad de incrementar los integrantes de la brigada de emergencias de la entidad. | Auditoria Interna. | |
| Gestión del Talento Humano | 328 | Abierta | 27/03/2026 | Actualizar el Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales conforme a las guías vigentes. | Auditoria Interna. | |
| Gestión del Talento Humano | 330 | Vencida | 28/02/2026 | Estrategias para fortalecer la trazabilidad del plan de formación en inducción y reinducción de SST. | Auditoria Interna. | |
| Gestión del Talento Humano | 331 | Vencida | 28/02/2026 | Realizar seguimiento a los hallazgos generados en códigos QR para asegurar su trazabilidad. | Auditoria Interna. | |
| Gestión del Talento Humano | 319 | Vencida | 27/06/2025 | Incluir en control de documentos los registros de SST, matrices, profesiograma y mediciones. | Auditoria Interna. | |
| Gestión del Talento Humano | 313 | Vencida | 30/10/2025 | Desarrollar e implementar el sistema de gestión del conocimiento en la corporación. | Revisión por la Dirección. | |
| Mejora Continua | 767 | Abierta | 16/04/2026 | No se aseguran las correcciones ni acciones correctivas sin demora injustificada tras la auditoría interna. | Auditoria Externa. | |



| Proceso | ID del hallazgo | Estado | Fecha de Cumplimiento | Sobre qué es el hallazgo | Fuente del hallazgo | Observación de trazabilidad |
|--------------------|-----------------|---------|-----------------------|--|----------------------------|-----------------------------|
| Mejora Continua | 766 | Vencida | 20/02/2026 | Deficiencias de control documental con formatos usados que no están en Isolución y ajuste a caracterizaciones. | Auditoria Interna. | |
| Mejora Continua | 327 | Vencida | 11/12/2025 | Revisión de fondo en la identificación, control y tratamiento de las Salidas No conformes. | Auditoria Interna. | |
| Todos los Procesos | 325 | Vencida | 20/11/2025 | Debilidades en la planificación y gestión de cambios (no hay mecanismos formales frente a cambios no previstos). | Auditoria Interna. | |
| Todos los Procesos | 326 | Vencida | 18/12/2025 | Revisión y redefinición de los indicadores para medir efectivamente el desempeño con enfoque ISO. | Auditoria Interna. | |
| Todos los Procesos | 323 | Vencida | 27/11/2025 | Establecer listado de documentos por proceso y actualizar toda la documentación de conformidad al sistema. | Revisión por la Dirección. | |
| Todos los Procesos | 324 | Vencida | 11/12/2025 | Revisar los riesgos de la corporación y actualizar la matriz en la plataforma. | Revisión por la Dirección. | |



| Proceso | ID del hallazgo | Estado | Fecha de Cumplimiento | Sobre qué es el hallazgo | Fuente del hallazgo | Observación de trazabilidad |
|---|-----------------|---------|-----------------------|--|--|-----------------------------|
| Evaluación Independiente | 329 | Vencida | 18/12/2025 | Necesidad de actualizar requisitos legales y operacionales en la caracterización del proceso. | Auditoria Interna. | |
| Comunicaciones y Relaciones Corporativas | 335 | Vencida | 30/12/2025 | Intensificar el desarrollo de las actividades incluidas en el Plan de comunicación interna. | Comité Institucional de Gestión y Desempeño. | |
| Evaluación Independiente | 629 | Cerrada | 02/02/2026 | Subsanar omisiones, informes sin suplir y acciones extemporáneas frente a los 5 roles de la oficina. | Informe Control Interno. | |
| Gestión Estratégica y Planeación | 759 | Cerrada | 28/11/2025 | Incumplimiento de las responsabilidades y obligaciones por parte de la supervisión. | Informe Organismo de Control. | |
| Gestión Estratégica y Planeación | 760 | Cerrada | 26/12/2025 | Deficiencia en la oportunidad de los contratos rendidos en el aplicativo Gestión Transparente. | Informe Organismo de Control. | |
| Gestión Estratégica y Planeación | 761 | Cerrada | 30/11/2025 | Debilidades en la conformación de expedientes contractuales físicos y/o en el SECOP. | Informe Organismo de Control. | |
| Gestión Estratégica y Planeación | 762 | Cerrada | 13/03/2025 | Mantenimiento realizado a vehículos automotores depreciados u obsoletos que cumplieron su vida útil. | Informe Organismo de Control. | |



Tabla 1. Detalle de los hallazgos registrados en isolución al primer trimestre del año 2026. Enumera acciones abiertas, vencidas, y cerradas en este periodo. Tomado de base de datos descargada el día miércoles 18 de marzo de 2026.

Para este periodo se analizaron:

- Acciones abiertas
- Acciones vencidas
- Acciones cerradas durante el trimestre

| Indicador | Resultado |
|-------------------------------|-----------|
| Hallazgos totales registrados | 32* |
| Hallazgos abiertos | 9 |
| Hallazgos cerrados | 5** |
| Hallazgos vencidos | 18 |
| Porcentaje de cierre | 15,6% |

*Son los hallazgos totales registrados desde el año anterior

** Son los hallazgos cerrados durante el periodo de enero a marzo de 2026

Análisis

- Se evidencia una alta concentración de acciones vencidas (56%), lo que representa un riesgo importante, para la conformidad y adecuación del sistema.
- El porcentaje de cierre en el trimestre es bajo (15%).
- El sistema presenta rezagos en el cumplimiento de compromisos, muchas acciones vencidas o sin seguimiento oportuno.
- Las acciones sin seguimiento se reflejan como aquellas que tienen un 0% de avance, presentan días en negativo sin gestión, o carecen por completo de filas de actividades y reportes de eficacia. Cabe señalar que algunas acciones, aunque tiene fechas de seguimiento a sus actividades posteriores a los meses del tercer trimestre, la fecha de cierre total esta entre enero y marzo del 2026, por lo tanto, aparecen vencidas. El grupo está conformado principalmente por:

Las 18 acciones vencidas, las cuales reportan un "0%" de avance y días en contras, sin registros de eficacia.



Al menos 6 de las acciones en estado Abierta que se encuentran rezagadas en 0% de avance y sin registros de cumplimiento (Hallazgos 770, 773, 332, 333, 334, 328)

- El porcentaje de avance reportado para las 9 acciones que se encuentran actualmente en estado Abierta es el siguiente:

No conformidad 767 (Mejora Continua): Es la única acción con avance reportado, presentando un 75% de cumplimiento.

No conformidad 773 (Gestión de la Información): 0% de avance.

No conformidad 770 (Gestión del Talento Humano): 0% de avance.

Nota de Mejora 332 (Gestión del Talento Humano): 0% de avance.

Nota de Mejora 333 (Gestión del Talento Humano): 0% de avance.

Nota de Mejora 334 (Gestión del Talento Humano): 0% de avance.

Nota de Mejora 328 (Gestión del Talento Humano): 0% de avance.

- En resumen, 6 de las 9 acciones abiertas no presentan ningún avance (0%) registrado en la plataforma, y solo una acción evidencia una gestión significativa del 75%.
- De acuerdo con la plataforma Isolución y lo allí registrado, no se abordó ni se cerró ninguna acción clasificada como Acción para abordar riesgos durante el año 2026, lo que implica que no registra que se haya materializado la gestión de un riesgo propiamente dicho en lo que va del año 2026.
- Las 5 acciones que lograron cerrarse en los primeros meses de 2026 (una Acción Preventiva y cuatro No conformidades) no enuncian la materialización o mitigación de un riesgo específico, sino que estuvieron enfocadas en subsanar deficiencias de tipo administrativo, contractual y de control evidenciadas por auditorías o por la Contraloría.
- Específicamente, los problemas que se abordaron y corrigieron en estos cierres de 2026 fueron:

Omisiones e informes sin suplir frente a los roles de la Oficina de Control Interno.

Incumplimientos de responsabilidades y obligaciones en la supervisión contractual.

Deficiencias en la oportunidad de rendición de contratos en el aplicativo Gestión Transparente.

Debilidades en la conformación de expedientes contractuales físicos y en la plataforma SECOP.



Mantenimiento realizado a vehículos automotores depreciados u obsoletos que ya habían cumplido su vida útil.

- Es importante referenciar que a la fecha no se encuentran en la plataforma diligenciados para su seguimiento, los hallazgos de la Contraloría Distrital de Medellín, del año 2025.

4 Comportamiento de hallazgos por trimestre

| Trimestre | Hallazgos abiertos |
|-------------|--------------------|
| Trimestre 1 | 7 |
| Trimestre 2 | |
| Trimestre 3 | |
| Trimestre 4 | |

Análisis

En los hallazgos de 2026 se tiene que 6 de las 7 acciones registradas, pertenecen al proceso de Gestión de la Información. Todas ellas derivan de una misma fuente: la Auditoría de Gestión Documental. Además, todas estas 6 acciones presentan un 0% de avance, lo que indica que no han tenido gestión efectiva registrada en el sistema desde su apertura en enero.

El análisis de estos 6 hallazgos (771, 772, 773, 774, 775 y 776), en general, de acuerdo al informe de auditoría, revelan fallas estructurales en diferentes frentes de la gestión documental:

- Fallas de seguimiento y medición: No se están realizando los cálculos de indicadores de transferencias documentales ni se socializan sus resultados (NC 774. Revisar la fecha de cierre general que está proyectada para abril y las acciones tienen seguimiento para mayo y junio.). Tampoco se hace seguimiento a los indicadores establecidos en el Plan Institucional de Archivos - PINAR (NC 775, actualmente vencida. Revisar, pues la fecha de cierre general estaba para el 27 de febrero y las acciones aparecen con fechas de cumplimiento a julio de 2026).



- Desactualización normativa: El Manual de Gestión Documental es una versión de 2017 y está fundamentado en normas que ya fueron derogadas, como el Acuerdo 060 de 2001 y la Ley 734 de 2002 (NC 772, vencida).
- Fallas en la conservación y ciclo de vida de los documentos: Aunque se compró el equipo necesario (termohigrómetro y deshumidificador), no se realizan las mediciones ambientales requeridas ni se controla su calibración (NC 776). Adicionalmente, no se está aplicando la Tabla de Retención Documental (TRD) ni se están realizando las eliminaciones de documentos correspondientes (NC 773. Sin seguimiento en acciones vencidas de febrero y marzo, aunque la fecha de cierre global sea en el mes de abril).
- Problemas de forma y formalidad: Se evidenció que el acta del comité interno de archivo de noviembre de 2024 carece de la firma de su presidente y no cuenta con la debida nota aclaratoria para subsanar la omisión (NC 771, vencida).

El séptimo hallazgo originado este año es la Acción Preventiva 629 del proceso de Evaluación Independiente.

- Se originó el 14 de enero de 2026 porque en la Oficina de Control Interno se encontraron informes sin suplir, acciones extemporáneas y tareas no ejecutadas frente a la revisión de gestión transparente y la relación con los entes de control. Esta fue abordada, se organizaron cronogramas, se realizaron los informes de ley y se dejaron listas las acciones de las auditorías pasadas, logrando un 100% de avance y siendo cerrada oficialmente el 2 de febrero de 2026.

Para precisar, de los 7 hallazgos que tienen fecha de apertura en el año 2026, es importante aclarar que no todos están en estado Abierto. Actualmente se distribuyen así: 3 están en estado "Abierto", 3 están en estado "Vencido" y 1 ya fue "Cerrado". Cabe aclarar que solo la acción preventiva del proceso Evaluación Independiente corresponde a auditoria o revisión del proceso en la presente vigencia, los demás, de Gestión de la información, son hallazgos sistematizados en este año, como resultado de la auditoria de Gestión documental realizada en el año 2025.



5 Hallazgos por tipo

| Tipo de hallazgo | Cantidad |
|---------------------------|----------|
| No conformidades | 15 |
| Notas de mejora | 6 |
| Notas de mejora auditoría | 10 |
| Acciones preventivas | 1 |

Análisis:

- Las no conformidades representan casi la mitad de los hallazgos, lo que indica debilidades estructurales en procesos, que se están atendiendo desde el año anterior.
- Las notas de mejora siguen siendo relevantes, por las solicitudes descritas, pero con menor impacto crítico.

6 Hallazgos por proceso

| Proceso | Hallazgos abiertos |
|--|--------------------|
| Gestión Talento Humano | 11 |
| Gestión Estratégica y de Planeación | 4 |
| Gestión Información | 7 |
| Mejora Continua | 3 |
| Todos los procesos | 4 |
| Evaluación independiente | 2 |
| Comunicaciones y relaciones Corporativas | 1 |

- El proceso de Gestión del Talento Humano concentra el mayor número de hallazgos, principalmente asociados al cumplimiento del Sistema de



Seguridad y Salud en el Trabajo. Esto representa un 34% de los hallazgos de la corporación lo cual es delicado para el proceso.

- Todos los procesos: también presentan debilidad sistémica, ocasionada por necesidades de actualización de caracterizaciones, riesgos e indicadores en el sistema
- Se evidencia concentración de hallazgos en procesos de apoyo a la gestión, principalmente

7 Hallazgos críticos identificados

En un análisis de la gravedad, el impacto legal, operativo y el nivel de rezago, se pueden destacar los siguientes hallazgos y situaciones como los más críticos para la entidad:

Incumplimientos normativos en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) Debido a sus implicaciones legales directas y el riesgo para la integridad del personal, las desviaciones en este proceso representan una criticidad alta:

No conformidad 770 (Abierta. Vence el 20 de marzo de 2026): Existe un incumplimiento de requisitos normativos obligatorios en SST, específicamente en la omisión del reporte de accidentes de trabajo y la falta de aplicación de exámenes médicos ocupacionales conforme al profesiograma establecido.

No conformidad 768 (Vencida): La entidad no está garantizando que los trabajadores nuevos reciban la inducción en SST antes de iniciar sus labores, un paso vital para que conozcan la identificación de peligros y la prevención de accidentes en su puesto de trabajo.

No conformidad 769 (Vencida): No existe un procedimiento que garantice la evaluación de requisitos de SST dentro de las especificaciones al momento de realizar compras o adquirir productos y servicios.

Riesgos de pérdida y descontrol en la Gestión de la Información Este proceso concentra falencias estructurales muy recientes (2026) que deben de mejorarse, para custodiar el patrimonio documental y la memoria institucional:



No conformidad 776 (Abierta): A pesar de haber adquirido los equipos (termohigrómetro y deshumidificador), no se realizan las mediciones ambientales (temperatura y humedad) ni se tiene control de la calibración de los equipos, lo que pone en riesgo el estado de conservación de los archivos.

No conformidad 772 (Vencida): El Manual de Gestión Documental base de la entidad se encuentra desactualizado desde 2017 y está fundamentado en normas que ya fueron derogadas.

No conformidad 774 (Abierta): Hay una omisión directa en los procedimientos, ya que no se están realizando los cálculos de indicadores de transferencias documentales ni se socializan sus resultados.

Desde la perspectiva del Sistema de Gestión de Calidad, la situación más crítica es el estancamiento y la ineficacia en los planes de mejoramiento. Como se evidenció en los análisis, hay 18 acciones vencidas con días sustanciales en contra sin respuesta operativa, sumado a un bloque de acciones abiertas en 2026 que mantienen un 0% de avance global.

Esta parálisis operativa corrobora la Nota de Mejora 325 (Vencida), la cual señala como hallazgo una debilidad frente a la planificación formal de cambios en la entidad, advirtiendo que no existen mecanismos para prever, registrar o mitigar las consecuencias de los cambios organizacionales no previstos, aunque se tiene la matriz de cambios, no es gestionada de manera eficiente y oportuna.

8 Hallazgos vencidos

De acuerdo a la tabla 1 en la cual aparecen todos los hallazgos, los vencidos son en total 18, se analizan a continuación:

Estancamiento operativo total (0% de avance) El dato más crítico es que la totalidad de las 18 acciones vencidas reportan un 0% de avance y presentan días en



negativo, lo que significa que ya superaron su fecha de compromiso sin que se haya registrado ni una sola tarea o evidencia de gestión en la plataforma Isolución para subsanarlas. Esto indica una parálisis en la ejecución de los planes de mejoramiento para estos casos específicos.

Concentración de vulnerabilidades en dos procesos claves, más de la mitad de los hallazgos vencidos (10 de 18) recaen en dos procesos de apoyo a la gestión:

- **Gestión del Talento Humano (6 acciones):** Presenta un rezago crítico frente a la normativa de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). La entidad está operando con riesgos legales al no garantizar la inducción en SST a contratistas antes de iniciar labores (No conformidad 768), y al no evaluar los requisitos de SST en las compras y adquisiciones (No conformidad 769). Además, hay fallas en el seguimiento a los reportes de códigos QR (Nota 331) y en la implementación de la gestión del conocimiento (Nota 313).
- **Gestión de la Información (4 acciones):** Muestra un nivel de obsolescencia normativa, dado que sigue operando con un Manual de Gestión Documental del año 2017 fundamentado en leyes derogadas (No conformidad 772), no se hace seguimiento a los indicadores del Plan Institucional de Archivos PINAR (No conformidad 775), y se evidencian descuidos formales como la falta de firmas y notas aclaratorias en las actas del comité de archivo (No conformidad 771).

Se evidencia una debilidad generalizada que afecta el SGC, agrupada en las acciones de Mejora Continua y Todos los Procesos (6 acciones en total). El análisis demuestra que la entidad está fallando en pilares fundamentales de la norma ISO 9001:

- **Gestión del Cambio:** No hay mecanismos para planificar, registrar ni mitigar las consecuencias de cambios organizacionales no previstos (Nota de mejora 325).
- **Indicadores y Riesgos:** Las matrices de riesgo corporativo necesitan ser revisadas y ajustadas en la plataforma (Nota 324), y los indicadores actuales carecen de coherencia para medir efectivamente el desempeño de los procesos (Nota 326).



- Descontrol Documental: Existen documentos que se usan en la operación diaria pero no están en el sistema oficial Isolución, y las caracterizaciones de los procesos están desactualizadas frente a su objetivo, entradas y salidas (No conformidad 766).
- Salidas No Conformes: Hay debilidades de fondo en cómo los procesos identifican y tratan la entrega de un producto o servicio no conforme, en algunos procesos no están implementadas estas matrices. (Nota 327).

9 Evaluación del sistema de mejora continua

El Sistema de Mejora Continua presenta una **eficacia limitada durante el primer trimestre de 2026**, evidenciada en:

- Alto volumen de acciones vencidas (**18 de 32 = 56%**)
- Bajo porcentaje de cierre (**15,6%**)
- **Bajo nivel de ejecución (6 de 9 acciones abiertas en 0%, esto es un 66,66% sin oportunidad)**
 - No hay planificación efectiva de acciones
 - No se gestionan fechas compromiso
 - No se anticipan riesgos
 - No hay evidencia de monitoreo efectivo
 - No se registran avances en ISOLUCIÓN
 - No hay control sobre responsables
 - No se hace un análisis detallado de los hallazgos, para generar las acciones correctivas y planes de mejoramiento.

El análisis de los indicadores del sistema de mejora continua evidencia un desempeño crítico durante el periodo evaluado, reflejado en un bajo porcentaje de cierre del 15,6%, frente a un total de 32 hallazgos analizados, de los cuales 18 se encuentran vencidos, representando aproximadamente el 56% del total, y 9 permanecen abiertos, con la particularidad de que cerca del 66,66% de éstos, no registran avances en la plataforma. Estos resultados muestran un desbalance significativo entre la generación de acciones y su efectiva gestión, así como una



limitada capacidad del sistema para cumplir oportunamente los compromisos establecidos.

10 Conclusiones

1. El Sistema de Mejora Continua presenta una baja eficacia operativa, evidenciada en el bajo porcentaje de cierre y el alto número de acciones vencidas.
2. Existe una parálisis en la ejecución de los planes de mejoramiento, reflejada en el hecho de que la mayoría de las acciones abiertas no presentan avances registrados en la plataforma.
3. Se identifican riesgos de incumplimiento legal, especialmente en el proceso de Talento Humano (SG-SST), que pueden derivar en sanciones o afectaciones institucionales.
4. El proceso de Gestión de la Información evidencia rezagos normativos y operativos, con debilidades en gestión documental, conservación de archivos y actualización de instrumentos archivísticos.
5. Se evidencia una debilidad estructural del Sistema de Gestión de Calidad, particularmente en:
 - o gestión del cambio
 - o control documental
 - o gestión de riesgos
 - o medición mediante indicadores
6. El sistema no está cerrando adecuadamente el ciclo PHVA, lo que limita la generación de aprendizaje institucional y mejora real.

11 Recomendaciones

1. Se recomienda adelantar una intervención estructural al sistema de planes de mejoramiento, que trascienda el seguimiento operativo y se enfoque en la reactivación efectiva del ciclo de mejora continua. Esto implica realizar una depuración integral de las acciones registradas en la plataforma ISOLUCIÓN, validando la pertinencia, vigencia y coherencia de cada hallazgo, ajustando fechas compromiso cuando sea necesario, redefiniendo responsables y estableciendo rutas claras de cierre, con el fin de evitar la acumulación histórica de acciones sin gestión y garantizar la trazabilidad real del sistema.
2. Se sugiere fortalecer el esquema de seguimiento y control mediante la implementación de un mecanismo periódico de monitoreo a nivel directivo, que permita visibilizar el estado de los planes de mejoramiento por proceso, identificar cuellos de botella y exigir avances verificables. Este seguimiento



debe estar soportado en indicadores claros (avance, vencimiento, eficacia) y en la obligatoriedad del registro de evidencias en la plataforma, de manera que se genere corresponsabilidad en los líderes de proceso y se garantice la toma de decisiones basada en información actualizada y confiable.

3. Es necesario priorizar la atención de los hallazgos asociados a riesgos legales y de cumplimiento normativo, especialmente aquellos relacionados con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y la gestión documental, dado que su incumplimiento puede derivar en sanciones, afectaciones operativas y pérdida de control institucional. Para ello, se recomienda establecer planes de acción inmediatos, con acompañamiento técnico desde las áreas responsables y seguimiento diferenciado por parte de la Oficina de Control Interno, asegurando que estos hallazgos críticos sean gestionados con carácter prioritario y no se mantengan en estado de vencimiento.
4. Se recomienda fortalecer la cultura organizacional de la mejora continua, promoviendo en los líderes y equipos de trabajo la comprensión de los planes de mejoramiento como herramientas de gestión y no como requisitos formales. Esto implica desarrollar espacios de capacitación, sensibilización y acompañamiento sobre el uso adecuado de ISOLUCIÓN, la importancia del registro de avances y evidencias, y el cierre eficaz de acciones, de tal manera que se logre una apropiación real del sistema y se transite de un enfoque reactivo a uno preventivo y orientado a resultados.

Se debe de adelantar la formalización en la plataforma de los hallazgos del PMU, Plan de Mejoramiento Único de la Contraloría Distrital, de la auditoría del año 2025, correspondiente a la vigencia 2024; y que quedo en firme y observado en el comité Institucional de Gestión y Desempeño de 2026

Juan Camilo Morales Suarez
Jefe de Oficina de Control Interno
Concejo Distrital de Medellín

Revisó y aprobó: Juan Camilo Morales Suárez
Proyectó: Sulma Patricia Rodríguez Gómez (Contratista de apoyo)



Concejo

Distrital de Medellín



SC3409-1