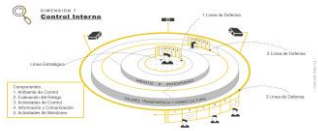


Nombre de la Entidad:

INSTITUTO MUNICIPAL DE RECREACION Y DEPORTE DE CHIA

Periodo Evaluado:

SEGUNDO SEMESTRE
DEL 01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2026



Estado del Sistema de Control Interno del INSTITUTO MUNICIPAL DE RECREACION Y DEPORTE DE CHIA

90%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	Si	Los componentes del Sistema de Control Interno continúan operando y ayudando al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Presenta condiciones buenas para asegurar el ejercicio de control interno, existen planes encaminados al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se demuestra el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, se sugiere una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno donde se realiza el seguimiento al diseño y efectividad de la estructura de control. Se tiene una estructura con niveles de responsabilidad y autoridad establecidas, sin embargo, la entidad ha estado creciendo en su misionalidad y la planta de personal se ha quedado pequeña. Con respecto a la Evaluación del riesgo se presentan oportunidades de mejora y los controles existentes han logrado mitigar la materialización de los riesgos.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Es efectivo el Sistema de Control Interno para el cumplimiento de los objetivos evaluados, teniendo en cuenta que se ha dado cumplimiento a los planes, programas, proyectos y demás actividades institucionales cuyos objetivos están enfocados a cumplir con los fines del Estado. A partir de la política de riesgo, se proyecta la gestión del riesgo, los responsables para el control con base en las líneas de defensa. Se tiene mapas de riesgos al cual se le realiza seguimiento semestralmente. Asegura la Administración del Riesgo: permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Asegura la gestión de controles mediante la definición y desarrollo de actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso e implementa políticas de operación mediante procedimientos que dan cuenta de su aplicación en materia de control. Asegura el monitoreo contante aplicando evaluaciones continuas e independientes para determinar el avance en el logro de las Metas estratégicas, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se ha definido el esquema de defensas del sistema de control interno mediante Resolución No.426 de agosto 20 de 2019 en el IMRD de Chía y mediante acta No.04 del 2025 del comite de Coordinación de Control interno en donde se establecen las líneas de defensa para la política de administración del Riesgo en el IMRD; un esquema de responsabilidades integrada por cuatro líneas de defensa, que "proporciona una manera simple y efectiva para mejorar las comunicaciones en la gestión de riesgos y control mediante la aclaración de las funciones y deberes esenciales relacionados. Este sistema proporciona una mirada nueva a las operaciones, ayudando a asegurar el éxito continuo de la gestión del riesgo. Las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control están distribuidas en varias áreas y no se concentran en las oficinas de control interno; de allí que deban ser coordinadas cuidadosamente para asegurar que los controles operen. La institucionalidad, está dada desde la estructura de la Entidad, también mediante las instancias Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Componente

¿El componente está presente y funcionando?

Nivel de Cumplimiento componente

Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas

Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior

Estado del componente presentado en el informe anterior

Avance final del componente

Ambiente de control	Si	88%	DEBILIDADES Respecto al seguimiento del Plan Estratégico Institucional (PEI), se evidenció que su evaluación se realizó con corte al mes de junio. Adicionalmente, se cuenta con una matriz de seguimiento aplicada a los 12 planes institucionales adoptados en el plan de acción, mientras que la ejecución de las metas del Plan de Desarrollo Municipal se evalúa mediante la plataforma SITESIGO Se recomienda para la próxima vigencia diseñar una matriz consolidada que integre las metas del Plan de Desarrollo y del PEI, consolidándola como una herramienta de planeación a mediano plazo que oriente la gestión del IMRD hacia el cumplimiento de sus objetivos misionales. No se encuentra actualizadas la gestión del riesgo con la versión 7.0 del DAFP	94%	Se esta trabajando desde el área de talento humano, las solicitudes de traslado y la rotación de personal, buscando el perfil tanto del cargo como la satisfacción laboral de cada funcionario. Para el año 2025 se realizo un avance del programa de transparencia y etica publica. Junto con el formato de bienes y rentas, se realiza ademas el formato de conflicto de intereses el cual se encuentra en el aplicativo del SIGEP de acuerdo a la Ley 2013 de 2019. (Declaración de Bienes y Rentas y Conflictos de intereses). Se sugiere implementar un procedimiento por escrito que indique que hacer cuando exista conflicto de intereses. Los planes de seguridad y privacidad y el plan estratégico de tecnología de la información del IMRD nos da una percepción de seguridad en el tratamiento de la información institucional. Se realizo seguimiento a los planes de tecnología de la información, de seguridad y privacidad de la información Mediante el seguimiento a los planes de mejoramiento se esta evaluando la institución identificando los factores económicos, politicos, sociales y factores asociados a la atención del ciudadano que pueden afectar negativamente los objetivos institucionales con el fin de tomar medidas para minimizar los riesgos institucionales.	-6%
Evaluación de riesgos	Si	97%	DEBILIDAD Aunque los procesos cuentan con indicadores de gestión, estos requieren revisión, actualización y ajuste continuo en su medición por parte de los responsables. Es necesario actualizar el modelo de gestión del riesgo en la entidad a la versión 7.0 del DAFP, así como profundizar la revisión sistemática de los riesgos de cada proceso. FORTALEZA El Instituto cuenta con actos administrativos que estructuran su funcionamiento, tales como resoluciones que adoptan el Plan Institucional y Estratégico (Resolución 022 de 2026), creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (Resolución 055 de 2018) y formalización del Programa de Transparencia y Ética Pública (seguimiento Ley 3195 de 2023 / DAFP).	94%	Para el año 2025 se realizo un avance del programa de transparencia y etica publica. Se modifico la política de administración del riesgo en el Instituto en reunión del comité Institucional de Coordinación de Control Interno el pasado 18 de diciembre de 2024 acta No.4 Se sugiere alabaror los planes de acción para cada área con los diferentes subdirectores con los objetivos estratégicos y metas establecidas en el plan de desarrollo. Periódicamente se realizan reuniones con el comité de gestión y desempeño, el comité de control interno para que la alta dirección asegure el cumplimiento de los objetivos establecidos Todas las auditorias que se realizan durante el año se hacen con base en el mapa de riesgos de la entidad, a mayor riesgo se realiza auditoria a este proceso. Ademas en las diferentes auditorias se analizan los riesgos de cada proceso. Para la identificación de los riesgos relacionados con el fraude y corrupción, la entidad ha analizado las situaciones internas que pueden ser indicios de corrupción, al igual que evalúa la información que proviene de las quejas y denuncias de los usuarios. Se tiene fortalecida la política de evaluación del riesgo, con responsables en cada línea de defensa. El área de planeación como segunda línea de defensa consolida la información clave frente a la acción del riesgo. En la política de la administración del riesgo se define el curso a seguir cuando se detecta la materialización del mismo.	3%
Actividades de control	Si	96%	DEBILIDADES Se debe realizar la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos y manuales, garantizando que estos instrumentos respalden de manera efectiva la ejecución adecuada de las actividades de control La gestión de riesgos actual requiere ser adaptada a la versión 7.0 de la Guía del DAFP, estando pendiente la contratación de un asesor externo para adelantar esta actualización. Aunque existe articulación con la ISO 9001:2015, el fortalecimiento e implementación formal del Sistema de Gestión de la Calidad para su certificación se encuentra aún proyectado y sujeto a apoyo técnico externo. FORTALEZAS El Instituto cuenta con actos administrativos claros que respaldan su estructura organizativa y operativa (Acuerdo Directivo 02 de 2016 por el cual se modifica la estructura administrativa del IMRD, Resolución 79 de 2021 sobre manual de funciones y competencias, y la Resolución 022 de enero de 2026 que adopta los planes institucionales y el Plan de Acción 2026).	92%	Se sugiere implementar un procedimiento por escrito que indique que hacer cuando exista conflicto de intereses. La jefe de la oficina de control interno verifica que los controles estén diseñados teniendo en cuenta que haya un responsable de realizar la actividad de control, una periodicidad y su evidencia en la ejecución del control, se verifica que los controles contribuyan a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables; hace seguimiento a los mapas de riesgos y verifica su actualización de acuerdo con los cambios en la política, en el entorno y niveles de aceptación del riesgo. PQRs. La entidad dispone de un registro público organizado sobre los derechos de petición que les son formulados, el cual contiene como mínimo, la siguiente información: El tema o asunto que origina la petición o la consulta, su fecha de recepción o radicación, el término para resolverla, la dependencia responsable del asunto, la fecha y número de oficio de respuesta. La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías. Se esta fortaleciendo y actualizando los procesos y procedimientos de la entidad, se esta implementando el sistema de Gestión de calidad Se sigue realizando diseño de controles en los diferentes procesos con la finalidad de evaluar frente a la gestión del riesgo	4%
Información y comunicación	Si	75%	DEBILIDADES El software de correspondencia y gestión documental (CORRYCOM) opera en estado de obsolescencia tecnológica sin actualizaciones recientes ni servicio de soporte técnico, lo que compromete la integridad, disponibilidad y trazabilidad de los datos. La página web requiere rediseño y actualización continua para cumplir cabalmente con los parámetros exigidos por la plataforma ITA. Oportunidad y caracterización de usuarios: Inoportunidad en la entrega de información para la caracterización de usuarios o grupos de valor, para la consolidación en el área de planeación. Evaluación de satisfacción e instrumentos: Ausencia de evidencia de encuestas de satisfacción realizadas en el proceso misional, junto con la necesidad de fortalecer y socializar la medición de la percepción ciudadana para la toma de decisiones. FORTALEZAS Integración del Programa de Transparencia y Ética Pública al plan de acción MIPG (Resolución 22 de 2026) con seguimiento semestral programado.	71%	Se realizo seguimiento a los planes de tecnología de la información, de seguridad y privacidad de la información La entidad cuenta entre otros con dos sistemas de información en la que se captura y procesa datos y los transformar en información para alcanzar los requerimientos de información como financieros (Has) y de gestión de la información (Corrycom) De acuerdo con el art 15 de la Ley 1712 del 6 de marzo de 2014 en la que se crea la Ley de transferencia y del derecho de acceso a la información pública, los instrumentos archivísticos para la gestión documental . De los cuales solo el Inventario documental se ha realizado con un avance del 90%. Se evidencia la elaboración del Plan de Gestión documental PGD y el Plan Institucional de Archivo, PINAR; No se ha actualizado las Tablas de Retención Documental. Comunicación Pública La entidad convoca a los servidores públicos en torno a una imagen corporativa que comprende una gestión ética, eficiente y eficaz. Existen canales de información tales como vía web con los organismos de control, se suministra la información a través de la emisora local. Se verifica la Pertinencia y oportunidad en los procesos de Rendición de Cuentas a los organismos de control del Estado. La Entidad ha venido haciendo uso de los medios que se describen a continuación: Boletín Externo Servicio de Noticias. Se tiene un boletín diario de las noticias que se desarrollan en el Instituto, que salen para los medios de comunicación y la comunidad en general, Contenidos informativos del Portal Web y Información para redes sociales: Twitter, Facebook, LinkedIn y YouTube Es necesario fortalecer las políticas de operación relacionadas con la administración de la información	4%

Monitoreo	Si	96%	DEBILIDADES El software CORRYCOM utilizado para la recepción de peticiones operaba con falencias de actualización y carecía de un servicio de soporte técnico que garantizara la integridad, disponibilidad y trazabilidad de los datos. Se registraron observaciones sugiriendo una mejor planificación y un control de ejecución más riguroso en los programas de capacitación y bienestar social. Se requiere actualizar la metodología institucional de Gestión del Riesgo a la versión 7.0 del DAFP. Falta diseñar e implementar un tablero de control o matriz consolidada para que los supervisores de contratos generen sus reportes de seguimiento periódico. Aunque los procesos cuentan con indicadores de gestión, estos requieren revisión, actualización y ajuste continuo en su medición por parte de los responsables. FORTALEZAS El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) aprobó el plan Anual de Auditoría el 11 de marzo de 2026. A la fecha se ha ejecutado la auditoría al proceso de Gestión	100% El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno y hace el correspondiente seguimiento a sus ejecución En desarrollo del Plan anual de auditorías y seguimiento, la Oficina de Control Interno, sigue preentando los siguientes informes: Seguimiento a los diferentes Planes de Mejoramiento suscritos entre el dueño del proceso, su jefe inmediato y el señor director Informe semestral del MECI, Informe sobre Rendición de cuentas, de Quejas y Reclamos, informe del FURAG entre otros. La Oficina de Control Interno realiza evaluaciones independientes periódicas (con una frecuencia definida con base en el análisis de riesgo), que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su efectividad para evitar la materialización de riesgos.	-4%
-----------	----	-----	--	--	-----