

1. DATOS GENERALES	
DEPENDENCIA RESPONSABLE	Oficina Asesora de Control Interno
LIDER DEL PROCESO	Leydi Johana Zambrano Avellaneda
CARGO	Jefe Oficina Asesora de Control Interno
FECHA DE ELABORACIÓN	30 de septiembre de 2026
2. OBJETIVO:	
Evaluar el estado de implementación y cumplimiento de las acciones establecidas en el Mapa de Riesgos Institucional durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, verificando la eficacia de los controles implementados, la calidad de las evidencias aportadas y el nivel de avance reportado por los responsables de cada proceso.	
3. DESARROLLO DEL INFORME:	
3.1 INTRODUCCIÓN El artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 determina que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las unidades de control interno, evaluando aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control. En virtud de lo anterior, la Oficina Asesora de Control Interno, en cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y en desarrollo del esquema de Líneas de Defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, realizó la evaluación independiente al seguimiento efectuado por la Primera Línea de Defensa (Líderes de Proceso) y el monitoreo realizado por la Segunda Línea de Defensa (Subdirección Técnica) al Mapa de Riesgos Institucional correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia 2026. La evaluación tuvo como propósito verificar la efectividad de las acciones implementadas para el tratamiento de los riesgos institucionales, la coherencia entre los riesgos identificados, las acciones formuladas, los avances reportados y las evidencias aportadas por cada proceso.	
3.2. ALCANCE El seguimiento comprendió la revisión de los riesgos institucionales registrados en el Plan de Acción del Mapa de Riesgos Institucional 2026, los avances reportados por la Primera Línea de Defensa, el monitoreo efectuado por la Segunda Línea de Defensa y las observaciones realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno para el periodo comprendido entre mayo y agosto de 2026.	
3.3 MARCO NORMATIVO • Constitución Política de Colombia – Artículos 209 y 269. • Ley 87 de 1993 – Sistema de Control Interno. • Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción. • Decreto 1499 de 2017 – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. • Decreto 1083 de 2015. • Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles en Entidades Públicas – DAFFP. • Política de Administración del Riesgo del IMCT. • Plan de Acción del Mapa de Riesgos Institucional 2026.	
3.4 DOCUMENTACIÓN ANALIZADA La política de administración del riesgo y la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 7 DAFFP, proporcionan los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, determinación de roles y responsabilidades de cada una de las líneas de defensa. El Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga adopta de manera integral la metodología definida en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFFP) en agosto de 2025, como marco de referencia para la identificación, análisis y administración de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos institucionales.	

Dicha metodología comprende de forma articulada las fases de análisis del contexto interno y externo, identificación de los riesgos, análisis y valoración de los mismos, así como la definición e implementación de acciones de tratamiento, y el monitoreo y seguimiento permanente, con el fin de asegurar una gestión preventiva, sistemática y orientada a la mejora continua.

Como tercera línea de defensa, la Oficina Asesora de Control Interno a través de los seguimientos y evaluaciones desplegados dentro de las actividades propias de auditoría interna establece la efectividad de los controles para evitar la materialización de los riesgos, por lo tanto, esta oficina presenta el informe del segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, teniendo en cuenta el Plan de Acción del Mapa de Riesgos Institucional y el consolidado de evidencias presentadas por cada uno de los líderes de cada proceso, las cuales se analizan logrando identificar la efectividad de los controles aplicados en cada uno de los riesgos.

- **MATRIZ DE RIESGOS VIGENCIA 2026**

Dando cumplimiento a las funciones propias de la Oficina Asesora de Control Interno, a lo contemplado en el Programa Anual de auditorías para la vigencia 2026, se efectuó seguimiento a la matriz de Mapa de Riesgos Institucional V2, analizando los soportes que evidencian la implementación de controles verificando que los mismos sean efectivos, le apunten al riesgo y estén funcionando en forma oportuna y efectiva, con el fin de evitar la materialización de los riesgos.

Es así como se realizó seguimiento a dieciseis (16) procesos y subprocesos, a cuarenta y dos (42) riesgos institucionales mitigados con ciento catorce (114) acciones de mitigación, todos ellos estructurados en la entidad de la siguiente manera:

Direccionamiento Estratégico y Planeación: Compuesto con cuatro (4) riesgos y cinco (5) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de afectación reputacional por Falta de información verificada para el reporte, lo que impide la elaboración del seguimiento precisa y confiable, afectando la toma de decisiones y la transparencia en los procesos. A causa de Inexistencia de controles de calidad o validación de la información reportada de los informes en el contenido de los datos antes de integrarlos al reporte final consolidado del imct para el reporte correspondiente.	Realizar seguimiento permanente del plan de acción del avance físico y financiero, para evaluar el cumplimiento de las acciones contempladas en el Plan de Acción, permitiendo medir con precisión su efectividad y avance.	Se evidencia el Plan de Acción de las quince (15) Metas del Plan de Desarrollo observando los avances físicos y financieros de mayo a julio de la vigencia 2026.	Se recomienda que para el próximo seguimiento se adjunte el informe consolidado de avance físico y financiero y no únicamente la Matriz de seguimiento del Plan de Acción. Así mismo, se recomienda que los informes reportados de avance del Plan de Desarrollo estén debidamente avalados por el líder del proceso.	66,66%
Posibilidad de pérdida reputacional por Vencimiento de plazos o entrega extemporánea/incompleta de los reportes e información de seguimiento en las plataformas del DNP a causa de Falta de entrega en la fecha establecida para el reporte y cargue en la plataforma establecida por el DNP	Realizar el seguimiento dentro de la plataforma de la PIIP establecida por el DNP, en las fechas establecidas del avance físico y financiero de los proyectos de inversión del IMCT.	Se evidencian los reportes y avance de ejecución de los proyectos de Inversión en la plataforma Integrada de Inversión Pública del DNP	Continuar con el reporte de seguimiento en la plataforma del DNP, conforme a la periodicidad establecida. Así mismo se recomienda, mejorar la redacción del riesgo toda vez que resulta redundante al no identificar con claridad la causa raíz.	66,66%
Posibilidad de afectación reputacional por Omisión en la entrega de reportes de ejecución y la no aplicación de las actividades y metas asociadas a las políticas públicas dentro de los plazos establecidos. a causa de Inexistencia de un sistema de planeación estratégica y de gestión de desempeño institucional que articule las políticas públicas con los planes operativos del IMCT	1) Monitoreo y seguimiento: Realizar el seguimiento y monitoreo continuo para evaluar periódicamente el cumplimiento de las políticas públicas y detectar posibles desviaciones.	Se observó la Matriz de seguimiento semestral de las políticas públicas del IMCT (Primera Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar 2019-2029)	Continuar con el seguimiento a las políticas Públicas del Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga, dentro de los plazos establecidos.	50,00%
	2) Informe semestral: Implementar un mecanismo de reporte periódico para evaluar el estado de cumplimiento y tomar medidas correctivas oportunas.	N/A	Revisar la Periodicidad y la Meta de la acción, teniendo en cuenta que es una actividad Semestral.	N/A

Posibilidad de afectación reputacional por Ausencia de un cronograma estructurado y retrasos u omisiones en la ejecución de las actividades programadas para el programa de cultura ciudadana. a causa de falta de metodologías estandarizadas para la estructuración de cronogramas y la asignación de responsables para las iniciativas del programa de cultura ciudadana.	Realizar la implementación de un cronograma anual de las actividades a desarrollar dentro del proceso de cultura ciudadana dentro del proyecto de promoción. Este planeación permite realizar un seguimiento continuo y efectivo de los avances y las actividades a desarrollar.	Para la vigencia 2026 se proyectaron treinta (30) actividades culturales, artísticas y patrimoniales, evidenciando el Informe de seguimiento se ejecutaron diecinueve (19) actividades entre ellas: Día Internacional de la Cumbia, Día Del Periodista, Saludar con cultura, Día del Teatro: Formación en Escena, Radioton con la Cultural, Fiesta de la Lengua Española (día del idioma), Día internacional del circo, celebración del día del Niño “La Magia De Pinocho”, Encuentro de Danza y Cultura (Día de la Danza), Día de la Santandereanidad	Revisar que haya coordinación entre la descripción de la acción, la periodicidad y la Meta de la acción, teniendo en cuenta que es una actividad Anual. Por otra parte, para el próximo seguimiento adjuntar el cronograma anual de las actividades programadas con el fin de evidenciar las actividades programadas Vs actividades ejecutadas. Así mismo se recomienda, mejorar la redacción del riesgo toda vez que resulta redundante al no identificar con claridad la causa raíz	63,33%
--	--	--	---	--------

Gestión de Comunicaciones - GC: Compuesto con dos (2) riesgos y nueve (9) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida de confidencialidad por Divulgación de información institucional sin la adecuada revisión, verificación o validación previa a causa de Desconocimiento o inaplicación del Manual de Comunicaciones y de los lineamientos establecidos para la gestión, validación y difusión de la información institucional.	Socializar e implementar el Manual de Comunicaciones Internas y Externas del IMCT, asegurando que todos los funcionarios y contratistas conozcan y apliquen los lineamientos para el manejo, tratamiento y difusión de la información institucional.	Se evidenció el Manual de Identidad Visual de la Alcaldía de Bucaramanga 2024 y la implementación del Manual de Comunicaciones del Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga 2026. Pero no se evidencia la socialización realizada.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda dar cumplimiento a las acciones programadas, no se evidencian las listas de asistencia, registros fotográficos ni las filmas de la socialización. Por otra parte, se sugiere adoptar el manual realizado por la Alcaldía de Bucaramanga.	25%
	Promocionar y divulgar de manera oportuna y anticipada la información institucional relacionada con actividades, eventos, programas, campañas y convocatorias del IMCT, mediante los canales oficiales de la entidad (redes sociales, página web institucional, boletines de prensa y demás medios autorizados), garantizando el acceso a la información pública de conformidad con las normas de transparencia, acceso a la información y confidencialidad.	Se observó la promoción y divulgación de los boletines de prensa y la parrilla de comunicaciones, relacionada con actividades, eventos, programas, campañas y convocatorias programadas por el Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga.	Continuar realizando la divulgación de las actividades programadas en el Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga en las redes sociales de la entidad.	50%
	Establecer un procedimiento de revisión, validación y aprobación de los contenidos institucionales antes de su publicación, asegurando que la información sea clara, veraz, oportuna y difundida únicamente a través de los canales oficiales autorizados por la entidad.	Se evidenció el procedimiento para la elaboración, tratamiento y difusión de la información, el cual permite revisar necesidades de difusión, revisar contenidos y aprobar contenidos a publicar.	Se recomienda finalizar el procedimiento de acuerdo con los lineamientos de Calidad con su respectiva codificación.	50%

	Realizar jornadas periódicas de capacitación y sensibilización dirigidas a funcionarios y contratistas sobre el uso adecuado de los canales institucionales, el manejo responsable de la información, la protección de datos personales y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Manual de Comunicaciones.	No se evidenciaron soportes de esta actividad.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar la acción programada, o en su defecto adjuntar las evidencias realizadas.	0%
	Implementar mecanismos de seguimiento y control sobre las publicaciones institucionales y el cumplimiento de los lineamientos del Manual de Comunicaciones, con el fin de prevenir la difusión de información no autorizada y proteger la imagen y reputación institucional del IMCT.	Se evidencia el seguimiento de la ejecución de la publicación de contenidos programáticos.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda que los informes realizados tengan métricas y/o indicadores de eficiencia operativa. (cuantas personas interactúan, publico objetivo, cuantas vistas tenemos en la página, video más viral)	50%
Posibilidad de pérdida reputacional por Fallas, deterioro u obsolescencia de los equipos tecnológicos y audiovisuales utilizados para la gestión de comunicaciones. a causa de Insuficiente disponibilidad de recursos para la renovación, reposición y mantenimiento oportuno de los equipos.	Elaborar y actualizar anualmente el diagnóstico de necesidades tecnológicas del área de Comunicaciones, identificando los equipos, herramientas, software y recursos técnicos requeridos para la producción y difusión de contenidos institucionales.	Se evidencian los requerimientos técnicos de necesidades para elaborar los estudios previos para la formulación del proceso contractual del mantenimiento de la emisora cultural; pero no se evidencia el diagnóstico de necesidades tecnológicas del área de Comunicaciones, identificando los equipos, herramientas, software y recursos técnicos requeridos para la producción y difusión de contenidos institucionales.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda realizar el diagnóstico de necesidades tecnológicas del área de Comunicaciones, identificando los equipos, herramientas, software y recursos técnicos requeridos para la producción y difusión de contenidos institucionales.	50%
	Gestionar la inclusión de recursos en el presupuesto institucional para la adquisición, actualización, modernización y mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos tecnológicos y audiovisuales utilizados en las comunicaciones externas del IMCT.	Se adjudicó el contrato 0418 del 11 de junio de 2026 para prestar los servicios de mantenimiento y soporte técnico en la emisora.	Continuar con la ejecución del contrato.	100%
	Implementar un plan de mantenimiento y renovación tecnológica, que permita garantizar el funcionamiento continuo de cámaras, computadores, equipos audiovisuales, software especializado y demás herramientas necesarias para la generación y publicación de contenidos.	No se evidencia la Implementación del plan de mantenimiento y renovación tecnológica	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda adjuntar el Plan de Mantenimiento y Renovación Tecnológica o en su defecto el contrato 0418 con su respectivo plan de Mantenimiento.	50%
	Realizar seguimiento periódico al estado y disponibilidad de los equipos y recursos tecnológicos, documentando las necesidades de reposición, actualización o reparación y reportándolas oportunamente a las áreas competentes para asegurar la continuidad de los procesos de comunicación y el acceso oportuno de la ciudadanía a la información institucional.	No se evidencia la matriz de seguimiento del estado de los equipos, con registro de necesidades de mantenimiento, reparación, actualización o reposición.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda adjuntar la Matriz de seguimiento del estado de los equipos tal como lo indica la descripción de la acción	50%

Gestión Integral - GI: Compuesto con dos (2) riesgos y nueve (9) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de afectación reputacional por uso de documentos e información de seguimiento desactualizados frente a las condiciones actuales de los procesos a causa de Bajo nivel de autocontrol de los líderes de proceso para revisar y mantener actualizada la información a su cargo	Revisar y actualizar el listado maestro de documentos, identificando documentos que requieran modificación, actualización o retiro, y gestionar los ajustes correspondientes con los líderes de proceso.	Se observó la revisión y actualización del Listado Maestro de Documentos, evidenciando los ajustes a los documentos que requerían actualización.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	50%
	Aplicar el formato GI-F-71 "Control, Revisión y Aprobación de Documentos" a las solicitudes de creación, modificación, actualización o eliminación documental tramitadas durante la vigencia.	Se evidencia la implementación del formato GI-F-71 "Control, Revisión y Aprobación de Documentos" como mecanismo de control previo a su aprobación y publicación. De igual manera el formato GI-F-70 "Solicitud de Creación, Modificación o Eliminación de Documentos" está siendo implementado por la entidad.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	100%
	Realizar seguimiento al estado de los indicadores de gestión de los procesos, identificando desviaciones, inconsistencias o necesidades de ajuste en la información reportada.	Se evidencia el informe del primer semestre con un avance de cumplimiento del 87,6%	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	50%
	Realizar jornadas de orientación y asistencia técnica a los líderes de proceso sobre sus responsabilidades de autocontrol frente al mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.	Se evidencia que el día 04 de agosto y 29 de julio se realizaron socializaciones frente al autocontrol, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción. De igual manera se sugiere continuar con actividades de autocontrol frente al mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.	50%
	Evaluar el grado de implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad frente a los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015, identificando avances, brechas y oportunidades de mejora.	Se evidencia el informe semestral cuantitativo y trazable de la transformación del Sistema de Gestión del IMCT,	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	50%
Posibilidad de afectación reputacional por Reporte incompleto, inexacto o extemporáneo de evidencias para la medición del desempeño y el seguimiento de la gestión institucional a causa de Debilidades en la revisión y	Actualizar y socializar el cronograma institucional de reportes asociados a MIPG y brindar orientación a los responsables de políticas y procesos sobre las fechas, lineamientos, criterios y evidencias requeridas para su cumplimiento.	Se evidencia el cronograma institucional de reportes asociados a MIPG a través del Share Point estableciendo los lineamientos que se deben tener en cuenta para su presentación.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	50%
	Realizar seguimiento a las políticas de MIPG, planes institucionales, PTEP y mapas de riesgos, verificando la oportunidad, integridad, coherencia y suficiencia de la información y evidencias reportadas.	Se observa el seguimiento por parte de la segunda línea de defensa del Plan Transitorio, Plan de Acción de MIPG y Mapa de Riesgos Institucional	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	33,33%
	Analizar los resultados y recomendaciones del Índice de Desempeño Institucional IDI, y formular o actualizar las acciones de mejora del Plan de Acción MIPG orientadas al cierre de las brechas identificadas.	Se evidencia el Informe consolidado de los resultados del Índice de Desempeño Institucional – IDI, obtenidos por el IMCT en la vigencia 2025 con un resultado de 95,4% y el análisis histórico de los resultados registrados durante las vigencias 2022, 2023 y 2024	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	80%

validación de la información, así como en el cumplimiento de los tiempos de reporte por parte de los responsables	Consolidar y presentar los resultados del seguimiento a MIPG ante las instancias correspondientes, incluyendo avances, alertas, recomendaciones y compromisos para la toma de decisiones.	Se observó el Acta del Comité de Gestión y Desempeño No 02 del día 15 de mayo de 2026, donde se socializaron y se aprobaron documentos relacionados con la actualización, implementación y seguimiento de políticas, planes, manuales, repositorios institucionales y demás instrumentos asociados al MIPG.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida de la Acción.	33,33%
---	---	---	--	--------

Atención al Ciudadano: Compuesto con dos (2) riesgos y doce (12) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida reputacional por Debilidades en la oportunidad, consistencia y calidad de las respuestas brindadas por los canales de atención presencial, PQRSD, telefónico y digital, generando quejas, PQRSD rezagadas y exposición negativa. a causa de Debido a la necesidad de fortalecer la medición de satisfacción ciudadana, el análisis de PQRSD, la identificación de respuestas extemporáneas, la retroalimentación a las dependencias responsables y el cierre documentado de acciones de mejora.	Realizar jornadas de sensibilización y fortalecimiento de capacidades dirigidas al personal encargado de la atención ciudadana y la gestión de PQRSD/OPAS.	Los días 27 y 28 de mayo de 2026 se realizaron jornadas de socialización y revisión de mejoras del procedimiento de PQRSD y OPAS.	Se recomienda dar continuidad con las jornadas de Sensibilización	50%
	Elaborar informe trimestral de PQRSD y satisfacción ciudadana, incorporando resultados de encuestas, oportunidad de respuesta, canales, tipologías y dependencias responsables.	Se evidencia el informe de seguimiento y análisis al comportamiento de la recepción, trámite y respuesta oportuna a las PQRSD presentadas por los ciudadanos. Así mismo se observa el informe donde se analiza los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada a usuarios del Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga.	Se recomienda dar continuidad con las actividades pendientes y programadas durante los próximos periodos	50%
	Identificar y analizar PQRSD vencidas, próximas a vencer, contestadas con extemporaneidad y el grupo rezagado equivalente al percentil 90 o al 10% con mayores demoras.	Se observa el reporte semanal del análisis de PQRSD vencidas, próximas a vencer, extemporáneas y rezagadas por parte de responsable del proceso.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda que los Directivos y Líderes de los procesos implementen acciones de seguimiento y control con el fin de mitigar que el vencimiento y la respuesta extemporánea de las PQRSD.	50%
	Formular plan de mejora con responsables, fechas, indicadores y evidencias de cierre.	No se reporta esta acción, programada para el tercer cuatrimestre.	Se recomienda realizar la ejecución de la acción antes del cierre de la vigencia.	0%
	Socializar resultados con las dependencias responsables y realizar retroalimentación documentada.	El día 21 de julio se socializo el Informe de Seguimiento PQRSD primer semestre 2026 con todos los directivos de la entidad a través de correo electrónico, y se realizó la retroalimentación con las mejoras a desarrollar.	La oficina de Control Interno recomienda que la socialización se realice no solo con los Directivos sino también con los líderes de los procesos y los responsables de contestar la PQRSD con el fin de tomar acciones de las PQRSD dejadas de contestar o contestadas con extemporaneidad.	50%
	Hacer seguimiento al cumplimiento de compromisos y conservar soportes en el repositorio institucional.	No se reporta esta acción, programada para el tercer cuatrimestre.	Se recomienda ejecutar esta acción antes del cierre de la vigencia 2026.	0%

Posibilidad de afectación reputacional por Falta de capacitación, estandarización y apropiación en el uso del software de correspondencia, módulo PQRSD/Ventanilla Única y OPAS, lo que dificulta la respuesta eficiente y oportuna a las solicitudes ciudadanas. a causa de Debido a deficiencias en la integración operativa de los procesos de PQRSD, OPAS y correspondencia, así como a la necesidad de fortalecer usuarios, alertas, manuales operativos, guías rápidas y ruta de soporte.	Capacitar a servidores y contratistas responsables de PQRSD, OPAS y correspondencia en el uso del software, términos de respuesta, trazabilidad y ruta de soporte.	El 27 de mayo de 2026 se realizó una capacitación institucional dirigida a servidores y contratistas responsables de PQRSD y OPAS, orientada al fortalecimiento de la gestión, los términos de respuesta, la trazabilidad y las responsabilidades frente al servicio a la ciudadanía.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda que las socializaciones se realicen enfocadas al uso del software y las implicaciones que se tienen si no se cumplen los términos de respuesta.	50%
	Socializar manual operativo, guías rápidas o instructivo de uso del módulo PQRSD/Ventanilla Única y OPAS.	No se desarrolló esta actividad durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026	Se recomienda ejecutar esta acción antes del cierre de la vigencia 2026.	0%
	Verificar mensualmente el avance de radicados, responsables asignados, comunicaciones vencidas y próximas a vencer.	No se evidencia ningún soporte sobre seguimiento a radicados y tiempos de respuesta.	Se recomienda ejecutar esta acción antes del cierre de la vigencia 2026	0%
	Generar alertas por correo institucional o comunicación directa a las dependencias responsables para garantizar respuesta oportuna.	Se realiza seguimiento semanal a las PQRSD registradas en Ventanilla Única y se remitieron alertas por correo institucional a las dependencias y responsables asignados.	Continuar con el seguimiento semana generando alertas de las PQRSD	50%
	Documentar la configuración y pruebas de las alertas automáticas del sistema, incluyendo capturas de pantalla y usuarios activos.	No se evidencian soportes de la ejecución de la acción y se observa incumplimiento en la periodicidad	Se recomienda ejecutar esta acción antes del cierre de la vigencia 2026	0%
	Consolidar evidencias de seguimiento y acciones correctivas/preventivas en el repositorio institucional.	No se evidencian soportes de la ejecución de la acción y se observa incumplimiento en la periodicidad	Se recomienda ejecutar esta acción antes del cierre de la vigencia 2026	0%

Gestión de Bibliotecas Públicas de Bucaramanga: Compuesto con tres (3) riesgos y diez (10) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida reputacional por La falta de conocimiento de los procedimientos, establecidos puede generar riesgos en el cumplimiento de los objetivos y comprometer la calidad de los resultados. A causa de la ausencia de una cultura organizacional orientada a la estandarización, así como a la insuficiente implementación de estrategias de capacitación, los colaboradores carecen de claridad sobre los lineamientos institucionales y como consecuencia desarrollan sus actividades basándose en la experiencia o la confianza, en lugar de aplicar los procedimientos establecidos.	Elaborar, documentar y formalizar los procedimientos requeridos para el desarrollo de las actividades del proceso, de acuerdo con los lineamientos institucionales.	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Socializar los procedimientos formalizados y desarrollar ejercicios prácticos que orienten a los colaboradores sobre su correcta aplicación.	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Informe que contenga los resultados de las evaluaciones periódicas realizadas, con un análisis de los niveles de comprensión y aplicación de los procedimientos por parte de los colaboradores.	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por deficiencias en la inspección, mantenimiento y adecuación de la	Realizar un análisis de necesidades de recursos humanos y materiales al inicio de cada periodo de la gestión de Bibliotecas	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la	0%

infraestructura física, lo que incrementa la probabilidad de afectaciones y fallas en la infraestructura y prestación de servicios a causa de la ausencia de una planificación y adecuada gestión de los recursos para el mantenimiento y la conservación de la infraestructura física de la entidad.	Públicas.		entidad.	
	Realizar inspecciones periódicas a la infraestructura física y consolidar las necesidades de mantenimiento, reparación y adecuación identificadas.	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Elaborar, actualizar y ejecutar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física.	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Consolidar y priorizar las necesidades de recursos para mantenimiento y gestionar su inclusión en la programación correspondiente.	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Implementar y mantener actualizada una matriz de seguimiento a las solicitudes e intervenciones de mantenimiento de la infraestructura física.	No reporto avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
Posibilidad de afectación económica por que no se haga el mantenimiento preventivo de las maquinas que se tienen para el servicio a la ciudadanía y usuarios. a causa de Que los usuarios no hagan buen uso de las herramientas tecnológicas, tanto intangible como tangibles.	Elaborar, implementar y realizar seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de los equipos tecnológicos utilizados en la atención a la ciudadanía y usuarios.	Se evidencio el plan de mantenimiento del mes de agosto con las actividades a realizar y las dependencias intervenidas. De igual manera se observó el Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo de equipos, tecnologías de la información y computación.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda revisar la periodicidad, Unidad de Medida y Meta de la Acción, las cuales no coinciden con la descripción de la acción.	66,66%
	Realizar jornadas de sensibilización sobre el uso adecuado y cuidado de los equipos tecnológicos destinados a la atención de usuarios.	Se evidencia que en cada taller realizado en el IAC se realiza igualmente la sensibilización sobre uso adecuado de equipos tecnológicos observando 16 talleres realizados en la sala durante el periodo evaluado.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la casilla de Unidad de Medida de la Acción.	66,66%

Preservación del Patrimonio: Compuesto con dos (2) riesgos y cinco (5) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes de uso público por Intervenciones no autorizadas o restauraciones incorrectas al Patrimonio material inmueble a causa de generar una inadecuada	1. Capacitación a los propietarios de los bienes de interés cultural inmueble declarado en el municipio de Bucaramanga con el de dar a conocer las directrices para la conservación	Acción Programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%

preservación del Patrimonio Municipal, Departamental y Nacional, y no se garantice la preservación histórica de los saberes arquitectónicos aplicados en la época a preservar.	2. Recolección de datos para el repositorio de la información documental de los bienes de interés cultural de los bienes Nacionales y Departamentales declarados.	Se evidencia la solicitud de apoyo al ministerio de Cultura con el envío de las fichas de inventario correspondiente a los Bienes de Interés Cultural del ámbito Nacional ubicados en el municipio de Bucaramanga. A la fecha del seguimiento solo se han elaborados dos (2) fichas de inventario correspondiente a los bienes de interés cultural declarados con ámbito Nacional: Coliseo Peralta y Estación Café Madrid.	Realizar las siete (7) fichas de inventario de los bienes de Interés Cultural antes de terminación de la vigencia 2026 con el fin de dar cumplimiento a la acción.	23%
Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes de uso público por daño, deterioro o pérdida de los bienes muebles e inmuebles que conforman el patrimonio cultural del Municipio de Bucaramanga a causa de actos de vandalismo, hurto, debido a deficiencias en las medidas de protección, vigilancia y apropiación social del patrimonio, afectando su conservación, valor histórico y disponibilidad para la comunidad.	Realizar Trece (13) Fichas Técnicas para patrimonio mueble.	Se realizan visitas técnicas al Patrimonio Mueble de la ciudad en etapas de identificación y planteamientos de estado de conservación actual. Este diagnóstico se levanta con el fin de proyectar el tipo de servicio y necesidad que tiene cada uno de los bienes de interés cultural mueble declarado. Se evidencia la realización de catorce (14) fichas técnicas de diagnóstico del estado de conservación actual de los bienes muebles declarados en el municipio de Bucaramanga.	Se cumplió con la meta programada para la vigencia 2026.	100%
	Realizar Semilleros de Pedagogía patrimonial en los corregimientos y comunas para el ejercicio de apropiación y participación social.	Se han realizado treinta y uno (31) espacios de reflexión y construcción participativa sobre el patrimonio cultural de Bucaramanga, lo cual equivale a un 77,5% del total de cuarenta (40) espacios participativos comprometidos al inicio de la vigencia 2026.	Continuar con la realización de espacio de reflexión y Construcción Participativa con el fin de dar cumplimiento a la acción.	77%
	Ejecutar la Estrategia "Patrimonio al Parque" promoción y activación de los bienes de interés cultural a través de estrategia lúdico pedagógicas frente a los monumentos de la ciudad.	Se desarrolló la estrategia Patrimonio al Parque realizando la promoción y activación de los bienes de interés cultural a través de estrategia lúdico pedagógicas, durante el periodo de evaluación se realizaron dos (2) actividades - Es-cupido y una activación en el Barrio Diamante II.	Continuar con la ejecución de la estrategia al parque con las actividades programadas.	70%

Formación de Artes y Oficios: Compuesto con tres (3) riesgos y tres (3) acciones

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de afectación reputacional por falta de una estructura organizacional, con definición de roles, responsabilidades y creación de cargos de lineamiento directivo y estratégico, incorporados a la planta de personal a causa de Debido a que la EMA no cuenta con una estructura organizacional que se ajuste y responda a su continuo crecimiento y necesidades operativas.	Gestionar la formulación, revisión y aprobación de una estructura organizacional para la EMA, definiendo funciones, responsabilidades y líneas de autoridad, con el fin de fortalecer la gestión administrativa y académica.	Acción Programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	Se recomienda revisar el riesgo y la acción planteada, dado que la causa raíz debe ser abordada mediante un proyecto formal de modernización institucional, el cual contempla viabilidad presupuestal y aprobación por parte del Concejo Municipal de Bucaramanga.	0%
Posibilidad de afectación económica y reputacional por la insuficiencia de espacios físicos adecuados para atender la demanda de estudiantes y el desarrollo de las actividades académicas. A causa de Debido a que la EMA funciona en instalaciones arrendadas cuya capacidad es insuficiente frente al crecimiento institucional.	Gestionar alternativas para ampliar o adecuar la infraestructura física destinada al funcionamiento de la EMA, garantizando espacios suficientes para la prestación del servicio educativo.	Acción Programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%

Posibilidad de afectación económica y reputacional por la insuficiencia de recursos financieros, técnicos y operativos para garantizar el funcionamiento de la EMA. a causa de limitaciones recursos financieros basados en el presupuesto y al incremento de las necesidades que se derivan del crecimiento de la oferta institucional.	Gestionar el fortalecimiento de los recursos financieros, humanos y operativos necesarios para garantizar el funcionamiento y crecimiento de la EMA.	Acción Programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda revisar que la acción planteada esté sincronizada con el entregable propuesto dado que en este caso el entregable constituye un diagnóstico, pero no evidencia una gestión para el fortalecimiento de recursos.	0%
--	--	---	--	----

Fomento y Convocatorias: Compuesto con dos (2) riesgos y cinco (5) acciones

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por Otorgamiento de estímulos con base en documentación aparentemente auténtica que posteriormente resulte falsa o irregular y cuya falsedad no fuera razonablemente detectable a causa de la imposibilidad de advertir, durante la revisión documental, alteraciones o falsificaciones que no sean evidentes.	Aplicar listas de chequeo formato código CON-F03 versión 1, para la verificación del cumplimiento de los requisitos legales y técnicos establecidos en los lineamientos de cada convocatoria, dejando evidencia de la revisión realizada.	No reporte avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Verificar la consistencia, integridad, vigencia y completitud de la documentación aportada por los postulantes y, cuando existan mecanismos oficiales de consulta, validar la información a través de las plataformas o entidades competentes.	No reporte avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
Posibilidad de afectación económica y reputacional por Aplicación incompleta o inoportuna de los procedimientos establecidos para la divulgación, socialización y publicación de las convocatorias. A causa de la insuficiente apropiación, seguimiento y control en la ejecución de los procedimientos definidos para la planeación y divulgación de las convocatorias.	Elaborar y ejecutar el cronograma de divulgación de cada convocatoria, definiendo los canales, fechas y responsables para la publicación de la información.	No reporte avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Verificar, antes de la apertura de la convocatoria, que la información publicada (lineamientos, cronograma, anexos, formatos y enlaces) sea completa, clara y corresponda a la versión aprobada.	No reporte avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%
	Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades de divulgación previstas, dejando evidencia de las publicaciones, socializaciones y demás acciones de difusión efectuadas durante la convocatoria.	No reporte avance de las acciones programadas	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda ejecutar las acciones de mitigación de los riesgos con el fin que estos no se materialicen en la entidad.	0%

Gestión de Turismo: Compuesto con tres (3) riesgos y tres (3) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por deficiencias en la coordinación y seguimiento para la ejecución de estrategias, programas y proyectos turísticos. a causa de la insuficiente definición e implementación de instrumentos que garanticen una adecuada articulación Institucional	Realizar cuatro (4) sesiones del Consejo Municipal de Turismo durante la vigencia, una por trimestre, para efectuar seguimiento a los compromisos relacionados con la ejecución de las estrategias, programas y proyectos turísticos del municipio, con participación de los actores públicos, privados, académicos y comunitarios que integran esta instancia.	Se evidencia el acta del día 05 de mayo de 2026 del Consejo Municipal de Turismo, en las cuales se efectuó control y seguimiento a las estrategias, programas, proyectos y demás instrumentos de planeación turística del municipio.	Según la meta es realizar una reunión trimestral y según los soportes solo se evidencia 1 acta correspondiente al día 05 de mayo por lo que se recomienda realizar los seguimientos de acuerdo con la programación.	25%

Posibilidad de afectación económica y reputacional por inconsistencias en el reporte de la información turística a causa de la insuficiencia en el análisis técnico, validación y verificación de la información suministrada por las fuentes oficiales y actores del sector turístico.	Realizar dos (2) mesas de trabajo durante la vigencia, una por semestre, con el profesional responsable del Sistema de Información Turística y del Observatorio Turístico de Bucaramanga, orientadas a la aplicación de criterios técnicos para el análisis, validación, verificación y consolidación de la información suministrada por las fuentes oficiales y los actores del sector turístico.	En el periodo evaluado se realizó una (1) mesa de trabajo orientada al mejoramiento del proceso de análisis, validación, verificación y consolidación de la información turística.	Continuar realizando las acciones programadas para el próximo periodo.	50%
Posibilidad de afectación reputacional por deficiencias en la prestación de los servicios de orientación turística, promoción, capacitación y atención al ciudadano y al turista a causa de insuficiente capacitación y fortalecimiento de competencias del personal responsable de la prestación de los servicios turísticos.	Realizar cuatro (4) jornadas de capacitación durante la vigencia, una por trimestre, dirigidas a los funcionarios y contratistas de la Subdirección de Turismo, sobre atención al ciudadano, calidad del servicio, turismo accesible e inclusivo, lineamientos institucionales, bilingüismo y actualización de conocimientos sobre la oferta y el sector turístico.	Se evidenció el seguimiento al cumplimiento del avance financiero y físico de la meta del PDM y del Proyecto de Inversión desarrollado dentro del Plan de desarrollo “Bucaramanga, Avanza Segura 2024-2027” pero la Descripción de la Acción indica es realizar socializaciones dirigidas a los funcionarios y contratistas de la Subdirección de Turismo, sobre atención al ciudadano, calidad del servicio, turismo accesible e inclusivo, lineamientos institucionales, bilingüismo y actualización de conocimientos sobre la oferta y el sector turístico.	Se recomienda que las socializaciones sean dirigidas a los funcionarios y contratistas de la Subdirección de Turismo, sobre atención al ciudadano, calidad del servicio, turismo accesible e inclusivo, lineamientos institucionales, bilingüismo y actualización de conocimientos sobre la oferta y el sector turístico, según lo propuesto en la Matriz de Riesgos.	25%

Gestión Financiera: Compuesto por dos (2) riesgos y seis (6) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por Errores de verificación en las etapas previas a causa de ausencia de filtro de validación en el proceso del pago	Diseñar, formalizar e implementar la tabla de verificación y control de pagos, incorporando los puntos de validación requeridos durante el trámite de las cuentas y previo a la realización del pago.	Actividad Programada para el Tercer Cuatrimestre	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida	0%
	Actualizar el procedimiento asociado al trámite de pagos, incorporando los puntos de validación, responsables y actuación frente a las inconsistencias identificadas.	Actividad Programada para el Tercer Cuatrimestre	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida	0%
	Socializar con el personal involucrado en el trámite de cuentas y pagos los controles y criterios de validación establecidos.	Actividad Programada para el Tercer Cuatrimestre	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida	0%
Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por diferencias al final del ejercicio financiero, debido a que los valores comprometidos no corresponden con los pagos efectuados, por cada una de las fuentes de financiamiento. a causa de debilidades en la implementación y aplicación de mecanismos de control y seguimiento para garantizar la articulación	Diseñar y formalizar la matriz de control y seguimiento para la conciliación de la información presupuestal, financiera, tesoraral y contable por cada fuente de financiación.	Actividad Programada para el Tercer Cuatrimestre	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida	0%
	Definir los responsables, fuentes de información y periodicidad para la conciliación de los compromisos, obligaciones, pagos y registros asociados a cada fuente de financiación.	Actividad Programada para el Tercer Cuatrimestre	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Unidad de Medida (es describir el documento entregable: oficio, tabla de control, registro de asistencia) y Fecha Inicial y Final (Se sugiere que la fecha de la acción de mitigación del riesgo no inicie fuera de la vigencia 2026). Por otra parte, se evidencia que esta actividad puede ir incorporada en la	0%

oportuna entre la información presupuestal, financiera, tesoral y contable de las diferentes fuentes de financiación.			actividad 65 teniendo en cuenta que en la matriz de control y seguimiento se definen los responsables, fuentes de información y periodicidad.	
	Implementar la matriz de control y seguimiento y realizar las conciliaciones establecidas, documentando las diferencias identificadas y los ajustes efectuados.	Actividad Programada para el Tercer Cuatrimestre	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Unidad de Medida (es describir el documento entregable: oficio, tabla de control, registro de asistencia) y Fecha Inicial y Final (Se sugiere que la fecha de la acción de mitigación del riesgo no inicie fuera de la vigencia 2026).	0%

Gestión del Talento Humano: Compuesto con tres (3) riesgos y once (11) acciones

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de afectación reputacional por Desconocimiento de los funcionarios y los responsables de recursos humanos sobre la importancia de mantener la información actualizada y evitar la fuga de conocimiento. a causa de la deficiencia de mecanismos adecuados para gestionar los conocimientos de la entidad a los servidores públicos	Informe de implementación de una herramienta en el repositorio de la intranet para el almacenamiento y acceso adecuado de los documentos clave del inventario de conocimiento con sus respectivos respaldados, permitiendo su recuperación y seguimiento de manera rápida y precisa para garantizar la transferencia de conocimientos.	se observó los pantallazos de la página web donde se evidencia el Icono de Gestión de Conocimiento con un video explicativo; NO se evidencia la implementación, con evidencias de los documentos cargados y mecanismos de respaldo. https://imct.gov.co/gestioninstitucional/	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida y Meta de la Acción teniendo en cuenta la Periodicidad Semestral. Por otra parte, para que el riesgo sea mitigado es importante la implementación del Repositorio para toda la entidad tanto Servidores Públicos como Contratistas.	50%
	Capacitación y socialización de herramientas para el acceso a la información documentada que debe estar disponible para el servidor público (personal de planta y contratistas) y aquella que debe ser custodiada y la que debe incluirse como información de acceso público.	Se evidencian los registros de capacitación y socialización de las acciones relacionadas con el Repositorio LUMI y la Política de Gestión del Conocimiento e Innovación (GESCO+i), realizadas durante el segundo cuatrimestre de la presente vigencia	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida y Meta de la Acción teniendo en cuenta la Periodicidad Semestral.	50%
	Informe de seguimiento a la implementación de las herramientas requeridas por GESCO+i en el marco de la Política de Gestión de Conocimiento e Innovación, los sistemas de gestión, MIPG e información requerida para reporte de FURAG, para garantizar el cumplimiento de la política.	Se observaron seis (6) Informes del estado de cumplimiento de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, aplicando el Autodiagnóstico de Gestión cuyo puntaje obteniendo fue de 60.9. De igual manera se evidencian las acciones de socialización realizadas durante el cuatrimestre con registros fotográficos, actas de compromiso y lista de asistencia.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida y Meta de la Acción teniendo en cuenta la Periodicidad Semestral. De igual manera es importante la implementación de las herramientas construidas para que el control sea efectivo.	50%
	Establecer un procedimiento para transferencia de conocimiento y buenas prácticas de gestión de conocimiento e innovación, definiendo actividades que los empleados con mayor experiencia o cercanos a su retiro transfieran su conocimiento y habilidades a otros funcionarios mediante documentación, videos y actividades de capacitación.	La evidencia aportada es el Informes Ejecutivo implementación de política de gestión del conocimiento y la innovación del IMCT Generación y Transferencia de conocimiento, pero no se observa un borrador del procedimiento de transferencia de conocimiento y buenas prácticas elaborado, aprobado y socializado.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la periodicidad, la Unidad de Medida y la Meta de la Acción teniendo en cuenta que la acción habla de “Establecer un procedimiento”	0%
	Conformar un equipo de trabajo para liderar y socializar las buenas prácticas de implementación de la Política de Gestión de Conocimiento e innovación, con el fin de fomentar la comunicación abierta y asegurando que se gestionen los conocimientos de la organización de cada área y miembro del IMCT.	El día 07 de mayo de 2026 se realizó el Acta 034 donde se asignaron los servidores públicos para liderar e implementar la Política GESCO, fue socializado las acciones a realizar por cada líder o coordinador.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Periodicidad, la Unidad de Medida y Meta de la Acción teniendo en cuenta que el producto son Actas o Documentos. Para dar cumplimiento a esta acción de mitigación es recomendable el cumplimiento de los	50%

			registros de las actividades realizadas.	
Posibilidad de afectación económica y reputacional por desconocimiento del requisito por parte de los empleados sobre la importancia de mantener la información actualizada y verificada en la plataforma SIGEP. a causa de ausencia de seguimiento en las plataformas del SIGEP lo que puede resultar en una inexactitud de la información	Solicitud a los funcionarios públicos de realización de actualización de la hoja de vida en el sistema SIGEP ii y demás entes de revisorías, con el fin de hacer validación a 31 de julio de la actualización de la información.	La dirección Administrativa y financiera realizó tres (3) recordatorios de la obligatoriedad de la Declaración de Bienes y Rentas 2025 y actualización de la hoja de vida en el Sigep II. De igual manera se observa el informe de control de las novedades presentadas en el periodo.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Periodicidad de la acción debido que la actualización del SIGEP II se realiza una vez al año.	100%
	Establecer un mecanismo de verificación semestral, donde se evidencie la validación de la actualización de la información y asegurar que todos los funcionarios den cumplimiento al proceso de actualización.	La Subdirección Administrativa y Financiera realizó la verificación de personas vinculadas como Servidores Públicos disponible en la plataforma SIGEP, logrando la validación de los 194 datos registrados en SIGEP II, de los cuales se procedió a la desvinculación exitosa de los 158 registros revisados que figuraban como servidores públicos activos y que no era información correcta y se validó 46 registros que correspondía a los Servidores Públicos activos en el Instituto, alcanzando un nivel de ejecución del 100 % de los datos revisados.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida y Meta de la Acción las cuales no coinciden con la Periodicidad.	50%
	Validar la desvinculación de los contratistas mediante mecanismo de verificación semestral, donde se evidencie la validación de la actualización de la información y asegurar que todos los contratistas que han prestado servicios y no están activos, se desvinculen en la terminación del contrato.	Se evidenció el Informe del proceso de Desvinculación y depuración de información en el SIGEP II de los contratistas, logrando la validación de 100 datos de los 400 en SIGEP II, de los cuales procedió a la desvinculación exitosa de los 100 registros revisados que figuraban como CONTRATISTAS y que no era información correcta.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la Unidad de Medida y Meta de la Acción teniendo en cuenta la Periodicidad Semestral.	25%
Posibilidad de afectación económica y reputacional por falta de estrategias adecuadas para sensibilizar a todo el personal sobre la importancia del Plan de Integridad y su cumplimiento a causa de lo cual puede generar desconocimiento o resistencia en la adopción de prácticas éticas y de transparencia dentro de la organización.	Mediante seguimiento por parte del comité institucional de gestión y desempeño asegurar que el Plan de Integridad sea promovido y respaldado activamente.	Esta actividad se encuentra programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la casilla de Unidad de Medida y Meta de la Acción.	33,33%
	Implementar actividades de sensibilización y capacitación dirigido a todo el personal, enfocado en la importancia de la integridad y el cumplimiento del Plan de Integridad.	Se evidencio la ejecución del Plan de Integridad y la ejecución de acciones como: Certificados del Curso de Integridad, sensibilización de los valores de Honestidad, Justicia y Diligencia, aplicación de encuestas de clima laboral en la EMA y el IMCT, se diseñó la encuesta de percepción del Código de Integridad diligenciado por funcionarios y contratistas.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la casilla de Unidad de Medida y Meta de la Acción. Continuar desarrollando las actividades planeadas en el Plan de Integridad	66,66%
	Realizar evaluaciones internas mediante la encuesta de apropiación del código de integridad para evaluar la implementación y el cumplimiento del Plan de Integridad	La Subdirección Administrativa y Financiera realizó la verificación de personas vinculadas como Servidores Públicos disponible en la plataforma SIGEP, logrando la validación de los 194 datos registrados en SIGEP II, de los cuales se procedió a la desvinculación exitosa de los 158 registros revisados que figuraban como servidores públicos activos y que no era información correcta y se validó 46 registros que correspondía a los Servidores Públicos activos en el Instituto, alcanzando un nivel de ejecución del 100 % de los datos revisados.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la casilla de Unidad de Medida y Meta de la Acción.	50%

Gestión de Bienes y Recursos Físicos: Compuesto por un (1) riesgo y tres (3) acciones

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por falta de actualización de la documentación que hace parte del proceso de Gestión de bienes y Recursos Físicos, para la gestión adecuada de los bienes muebles a causa de Ausencia de planificación institucional para la gestión	Actualizar la documentación de los procesos de Gestión de Bienes y recursos físicos.	Esta actividad se encuentra programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	Se recomienda verificar la casilla de Unidad de Medida y Meta de la Acción. Así mismo, desde la Oficina Asesora de Control Interno se recomienda implementar las acciones correspondientes con el fin de realizar una adecuada gestión y control de los bienes muebles de la entidad. Según la acción propuesta se debe actualizar, adoptar formalmente e implementar los manuales, formatos y demás documentación del proceso de Gestión de Bienes y Recursos Físicos. La adecuada planeación y control mitiga la materialización del riesgo de pérdidas económicas y reputacionales.	0%
	Socializar los documentos actualizados.	Esta actividad se encuentra programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	Se recomienda verificar la casilla de Unidad de Medida y Meta de la Acción. Así mismo, desde la Oficina Asesora de Control Interno se recomienda implementar las acciones correspondientes con el fin de realizar una adecuada gestión y control de los bienes muebles de la entidad. Según la acción propuesta se debe actualizar, adoptar formalmente e implementar los manuales, formatos y demás documentación del proceso de Gestión de Bienes y Recursos Físicos. La adecuada planeación y control mitiga la materialización del riesgo de pérdidas económicas y reputacionales.	0%
	Mantener un sistema de inventarios actualizado.	Esta actividad se encuentra programada para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026	Se recomienda verificar la casilla de Unidad de Medida y Meta de la Acción. Así mismo, desde la Oficina Asesora de Control Interno se recomienda implementar las acciones correspondientes con el fin de realizar una adecuada gestión y control de los bienes muebles de la entidad. Según la acción propuesta se debe actualizar, adoptar formalmente e implementar los manuales, formatos y demás documentación del proceso de Gestión de Bienes y Recursos Físicos. La adecuada planeación y control mitiga la materialización del riesgo de pérdidas económicas y reputacionales.	0%

Gestión Documental: Compuesto por dos (2) riesgos y seis (6) acciones.

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por la falta de inventarios documentales actualizados, la escasa capacitación del personal y el desconocimiento de la normatividad archivística, junto con prácticas inadecuadas de gestión y posibles influencias externas, afectando la eficiencia, la transparencia y la integridad de los archivos y recursos institucionales a causa de de la limitada cultura archivística en la entidad y a la ausencia de solicitudes oportunas de acompañamiento técnico por parte de los funcionarios y contratistas,	Capacitación periódica en Gestión Documental: Organizar y llevar a cabo sesiones de capacitación periódicas sobre gestión documental para los servidores encargados de administrar los archivos de gestión.	Se evidenció el QR con el que se realizó la Evaluación apropiación de los valores del Código de Integridad, de igual manera se realizó el informe de análisis de la encuesta de percepción del Código de Integridad, reflejando una percepción favorable.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la casilla de Unidad de Medida	50%
	Realizar revisiones mensuales para asegurarse de que esté cargando la información en el repositorio institucional. Esto incluye la validación del cargue efectivo de los respaldos o copias de seguridad bajo el cronograma establecido.	Se evidencia el informe ejecutivo donde se realizó la verificación de cargue de información y copias de seguridad en el repositorio documental del Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga, pero teniendo en cuenta la acción de mitigación donde indica que se realizan revisiones mensuales para asegurarse de que esté cargando la información en el repositorio institucional, no se observan las evidencias del mismo, de igual manera no se observa el cronograma	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que es un reporte mensual de verificación.	13%

se dificulta la corrección y mitigación de errores en los procesos de gestión documental.		establecido en la acción.		
	Control de ingreso y salida de documentos: Establecer y mantener un sistema de control para registrar el ingreso y salida de documentos dentro de la entidad, garantizando que cada expediente siga su trazabilidad y se mantenga el orden original de los mismos.	Se evidencia que la entidad se encuentra implementando el formato CÓDIGO: GD-F-08 Solicitud de documentos del archivo central desde la vigencia 2023 el cual es acorde a la descripción de la acción, pero esta acción de mitigación no se relaciona con el riesgo planteado el cual hace referencia a la falta de inventarios documentales actualizados.	Se recomienda revisar las acciones de mitigación definidas, con el fin de verificar que guarden coherencia con el riesgo identificado y contribuyan a prevenir su materialización.	0%
Posibilidad de afectación reputacional por la falta de controles rigurosos sobre el acceso a los archivos de gestión y la ausencia de un sistema eficiente de clasificación y seguimiento documental, se incrementa el riesgo de alteración o pérdida accidental de información relevante, lo que puede generar sanciones o repercusiones legales para la entidad a causa de procedimientos estandarizados y tecnologías adecuadas para realizar copias de seguridad periódicas y seguras de los archivos de gestión, se expone la información crítica a pérdidas que afectan el cumplimiento normativo y la continuidad operativa institucional.	Realizar revisiones periódicas para asegurarse de que el sistema de respaldo esté funcionando correctamente. Esto incluye la verificación de que las copias de seguridad se realicen según el calendario establecido y la comprobación de la integridad de los datos respaldados.	Se evidencia el informe de Verificación de copias de seguridad e integridad de la información respaldada observando las modalidades operativas del instituto: A. Ciclo de Backups por Aplicación (Enero — agosto 2026) B. Calendario Automatizado de Backup Total Semanal C. Control de Conectividad e Interconexión de Red	Se recomienda que el próximo informe se adjunte el registro fotográfico o pantallazos de los Backups de la información	50%
	Realizar una revisión periódica del sistema de clasificación de archivos, asegurándose de que se mantenga organizado y eficiente. Actualizar la estructura conforme cambian las necesidades organizacionales o las normativas.	Se observaron las encuestas de unidad documental y los Cuadros de Clasificación Documental de acuerdo con la TRD	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda validar la Unidad de Medida y la Meta de la acción con el fin de facilitar la evaluación de la acción de mitigación.	50%
	Custodia de la documentación (tanto física como digital) de acuerdo con los criterios establecidos por el Archivo General de la Nación (AGN) y los procesos archivísticos correspondientes, así como la verificación de los inventarios de los documentos y las transferencias realizadas por las diferentes dependencias.	La Oficina Asesora de Control Interno evidenció el formato Único de Inventario documentales - FUID, las transferencias de la oficina jurídica y las acciones de limpieza y custodia que se realizan en el archivo central.	Se recomienda validar la Periodicidad, Unidad de medida y la Meta de la acción planteada, las cuales deben ser coherentes con la acción de mitigación. En el próximo seguimiento se sugiere reportar hasta que vigencia realizó transferencia cada oficina.	50%

Gestión Tecnológica: Compuesto por cuatro (4) riesgos y doce (12) acciones

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de afectación reputacional por fallas en la infraestructura tecnológica (servidores, red de datos o energía) que afecten la operación	Fortalecer la infraestructura tecnológica mediante la actualización y renovación del soporte técnico y licencias que soportan los servicios institucionales.	Se evidencia el inventario de los sistemas de información del IMCT, pero no se evidencia la renovación, actualización o la fecha de adquisición realizada.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es un Inventario actualizado. Por otra parte, no se evidencia la renovación y/o actualización realizada.	50%

de los sistemas a causa de la dependencia de servidores, red o energía sin esquema de respaldo o redundancia	Implementar y actualizar (Aplica solo cuando se realiza actualizaciones de los sistemas de información o infraestructura tecnológica en general) el plan de continuidad del negocio y recuperación ante desastres para los sistemas de información institucionales.	Se evidencia que se actualizo el Plan de Recuperación Ante Desastres CÓDIGO: GT-PL-11 incorporando el ítem de Monitoreo de infraestructura y detección temprana. Queda pendiente el Plan de Continuidad de Negocios.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es el Plan de Continuidad del Negocio y el Plan de Recuperación ante Desastres. Por otra parte, queda pendiente actualizar el Plan de Continuidad de negocios	50%
	Realizar mantenimiento preventivo y correctivo mensuales o anuales cuando apliquen a los componentes de infraestructura tecnológica para garantizar el respaldo o redundancia con el fin de garantizar la disponibilidad de los servicios	Se evidencian los registros de mantenimientos correctivos ejecutados durante la vigencia 2026. De acuerdo con la acción de mitigación no se observa el cronograma de mantenimiento y los registros de mantenimientos preventivos ejecutados.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es Cronograma de Mantenimiento y ejecución. Por otra parte, de acuerdo con la acción de mitigación no se observa el cronograma de mantenimiento y los registros de mantenimientos preventivos ejecutados, favor adjuntar para el próximo seguimiento para darle cumplimiento a la acción de mitigación.	17%
Posibilidad de pérdida de integridad por la ejecución de ataques externos como inyección de código malicioso en la web, envío de correos fraudulentos con enlaces a sitios falsos, o a fallas de seguridad en aplicaciones y servidores institucionales. a causa de la falta implementación de certificados y claves criptográficas, configuraciones insuficientes de seguridad en el firewall y ausencia de controles de cifrado y autenticación, lo que facilita la materialización de ataques contra la infraestructura tecnológica.	Monitoreo de correo institucional mensualmente verificando las reglas de DLP (Prevención de Pérdida de Datos) y antiphishing (engaño en los que un atacante suplanta) Microsoft 365/Exchange para detectar y bloquear correos fraudulentos o con adjuntos maliciosos.	Se evidencia el informe del segundo cuatrimestre observando el monitoreo y verificación de los controles de seguridad asociados al correo institucional Microsoft 365 / Exchange Online, mediante la revisión de las consolas administrativas Microsoft Defender para Office 365 y Microsoft Purview.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es un reporte mensual de monitoreo.	66,66%
	Realizar seguimiento semestral de los controles de seguridad de la información (Políticas del Firewall) asociados a la infraestructura tecnológica, asegurando la disponibilidad (Medir la latencia- Tiempo de repuesta) y logs de firewall (Exportar registros de políticas aplicadas)	Se evidencia el correo enviado el 10 de septiembre solicitando la exportación y/o capturas de pantallas de los logs o registros de las políticas aplicadas al Firewall; por lo anterior no se evidencia el informe de seguimiento a los controles de seguridad.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es Informe semestral de seguimiento. Se sugiere elaborar el informe del segundo cuatrimestre a los controles de seguridad, con medición de disponibilidad, latencia y registros de políticas del Firewall.	10%
	Realizar mensualmente jornadas o capsulas de capacitación para funcionarios y contratistas sobre riesgos de phishing, uso seguro de contraseñas y buenas prácticas digitales.	Se evidencian tres (3) capsulas realizadas durante el mes de julio, 1 capsula del mes de mayo y otra socialización que no corresponde al periodo evaluado. Teniendo en cuenta la descripción de la acción de realizar mensualmente jornadas o capsulas de capacitación no se evidencia que dentro de los meses de junio y agosto se hayan realizado capsulas de socialización.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto son registros mensuales. Se recomienda tener en cuenta la periodicidad de la acción con el fin de dar cumplimiento a la planeado.	25%
	Realizar inspecciones trimestralmente del estado físico de los equipos e infraestructura institucional para identificar oportunamente condiciones de deterioro.	Se evidencia el informe del tercer trimestre donde se observan las condiciones de operación de los equipos tecnológicos y de los espacios de almacenamiento de activos de información del Instituto Municipal de Cultura	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es un Formato o Informe trimestral. Se recomienda que el seguimiento o verificación se	25%

CÓDIGO: GD-F-32		INFORME EJECUTIVO		 ALCALDÍA DE BUCARAMANGA Instituto Municipal de Cultura y Turismo	
VERSIÓN: 01					
FA: 12/06/2024		GESTION DE CONTROL Y EVALUACIÓN			
institucional. a causa de la falta de mantenimiento preventivo, condiciones inadecuadas de almacenamiento o insuficiencia de controles de protección física.		y Turismo de Bucaramanga. Para el seguimiento evaluado falta adjuntar el informe del segundo trimestre de la vigencia 2026.	realice trimestralmente tal como lo indica la acción, adjuntar el informe del segundo trimestre de la presente vigencia.		
	Contratar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de los activos de la información del Instituto.	Se evidenció el Contrato No. 0406-02 de 2026 relacionado con la renovación de licencias y no a la contratación de mantenimiento preventivo y correctivo tal como lo indica la acción. En la indagación realizada por la Oficina Asesora de Control Interno se observa que el Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga adjudicó el contrato 443 del 27 de agosto de 2026 el cual hace referencia al mantenimiento preventivo y correctivo de impresoras y escáneres, cumplimiento con la acción programada.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es un Contrato u orden de servicio. Por otra parte, se sugiere adjuntar las evidencias correspondientes a la acción.	100%	
	Capacitar a los funcionarios y contratistas trimestral sobre el uso adecuado, cuidado y custodia de los activos institucionales	Se evidencia la socialización realizada el 31 de julio sobre seguridad de la información, según la descripción de la acción indica que la socialización o capacitación del uso adecuado, cuidado y custodia de los activos institucionales se realizará trimestralmente y no se evidencia los respectivos soportes.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto son registros trimestrales de capacitación.	25%	
Posibilidad de pérdida de disponibilidad por fallas, errores o comportamientos inesperados en los programas o aplicaciones utilizadas por la entidad. a causa de deficiencias en el desarrollo, configuración, actualización, pruebas de vulnerabilidad del software, así como a la implementación insuficiente de controles de seguridad de la información que garanticen la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos institucionales."	1) Realizar pruebas anual funcionales, de seguridad y de vulnerabilidades antes de la puesta en producción de los sistemas de información o actualizaciones de software.(Pruebas de autenticación, autorización, cifrado y control de accesos realizadas sobre el sistema- logs, capturas de pantalla, reportes de Firewall)	La oficina de control interno evidencia el informe de Monitoreo de infraestructura y detección de vulnerabilidades por parte del contratista JaniumNet.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto son informes de pruebas. Por otra parte, se recomienda que el informe contenta los logs, capturas de pantalla y registro de resultados o ajustes realizados, tal como lo indica la acción a ejecutar.	75%	
	Realizar mensualmente respaldos y recuperación de información que permitan restaurar los datos ante incidentes que afecten su integridad.	Se observa la Verificación de respaldos por parte del contratista JaniumNet hasta el 17 de junio de 2026, de igual manera en el informe de verificación de cargue de información y copias de seguridad en el repositorio documental solamente se menciona, pero no se evidencia los Backups realizados mensualmente, tal como lo indica la descripción de la acción.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto son reportes mensuales de copias de seguridad. Por otra parte, se recomienda adjuntar la evidencia de los Backups realizados mensualmente, debido que en el informe de verificación de cargue de información y copias de seguridad en el repositorio documental solo se menciona, sin observar la evidencia.	50%	
	Realizar campañas o capsulas de capacitación anualmente para la instalación de software autorizados	Se evidencia que en el mes de julio se realizaron dos campañas del uso de software legal y debidamente licenciado	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar las casillas de Periodicidad, Unidad de medida y Meta de la acción teniendo en cuenta que el producto es un registro anual.	100%	

Gestión Jurídica: Compuesto con cinco (5) riesgos y once (11) acciones

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por la ausencia de actualización de los procedimientos de contratación y de su socialización al personal de la oficina asesora jurídica y demás servidores involucrados en los procesos contractuales a causa de falta de seguimiento y control institucional sobre la actualización y socialización de los procedimientos.	Actualización y socialización del manual de contratación	Se evidencia el manual de contratación, Supervisión e Interventoría el cual fue actualizado en mayo de la presente vigencia y fue socializado el 24 de julio a todos los empleados y contratistas de la entidad.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda realizar la segunda socialización en el tercer cuatrimestre de la vigencia 2026. Por otra parte, se recomienda verificar las casillas de Unidad de Medida y Meta de la Acción las cuales no son coherente con la acción planteada.	66,66%
	Realizar una capacitación semestral para asegurar que todos los involucrados comprendan y apliquen correctamente los procedimientos establecidos.	Se evidencia la convocatoria para realizar la socialización del Manual de contratación, se observan la lista de asistencia y registro fotográfico de la actividad realizada.	Se recomienda validar la unidad de medida de la acción. Por otra parte, la Oficina Asesora de Control Interno evidencia que esta acción se encuentra repetida, debido que en la actividad 100 indica la socialización del manual de contratación.	50%
	Implementar un sistema de seguimiento y evaluación semestral para garantizar el cumplimiento de los procedimientos de contratación, verificando el cumplimiento de los requisitos legales, tomando acciones correctivas ante cualquier irregularidad.	Se evidencia el informe de seguimiento a los contratos realizados en el primer semestre en el IMCT, verificando el cumplimiento de los requisitos legales y documentales exigidos para la contratación estatal, se identificaron inconsistencias y se adoptaron las acciones correctivas correspondientes.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda verificar la unidad de medida de la acción, de igual manera se recomienda que para el próximo seguimiento (julio-diciembre) en el informe se establezcan cuáles fueron los contratos objeto de revisión.	50%
Posibilidad de afectación reputacional por deficiencias en la organización, actualización y control de los expedientes contractuales. a causa de falta de cumplimiento de los lineamientos y procedimientos establecidos para la gestión documental y la conformación de expedientes contractuales.	Implementar el formato GJ-F-46 Paz y Salvo de Gestión Documental en los trámites de cierre contractual.	Se evidencia la implementación del formato GJ-F-46 Paz y Salvo de Gestión Documental el cual es utilizado en la terminación contractual.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda continuar con la implementación del Formato GJ-F-46	100%
	Gestionar la vinculación de personal de apoyo para la organización y actualización de expedientes contractuales.	Se evidencia el contrato No. 0065-04 del 16 de enero de 2026, el cual hace referencia en las obligaciones específicas apoyar la revisión, foliación y organización de los expedientes contractuales.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda revisar la unidad de medida de la acción planteada.	50%
	Realizar una muestra semestral de hojas de ruta de expedientes contractuales por modalidad de contratación.	La oficina de control interno evidencio el informe semestral de las hojas de ruta incorporadas en los expedientes contractuales, con el fin de verificar su implementación, diligenciamiento y utilización como instrumento de control documental.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda revisar la unidad de medida de la acción planteada.	50%
Posibilidad de afectación económica y reputacional por la omisión de las actividades de seguimiento, control y verificación de la ejecución contractual a causa de la ausencia de mecanismos estandarizados para el control y seguimiento de las actividades de supervisión contractual.	1. Expedir y socializar circular informativa sobre el procedimiento para la solicitud de adiciones, prórrogas y modificaciones contractuales ante la Oficina Jurídica, conforme a los lineamientos institucionales. 2. Realizar seguimiento semestral a informes y actuaciones de supervisión contractual.	Se evidenciaron la Circular 006 y 007 de agosto de 2026 dirigida a contratistas y servidores públicos, con el fin de dar a conocer los lineamientos para la remisión de documentos requeridos para el trámite de adiciones a contratos de prestación de servicios. Por otra parte, no se evidencia el informe semestral de seguimiento a la supervisión contractual.	La Oficina Asesora de Control Interno recomienda realizar el informe de seguimiento del primer semestre a la supervisión contractual. Por otra parte, recomienda verificar la formulación de las casillas de periodicidad, unidad de medida y meta de la acción, las cuales no son coherentes con la acción planteada.	33%
Posibilidad de afectación reputacional por la publicación extemporánea o incompleta de los documentos contractuales en las plataformas SECOP II y SIA Observa a causa de debilidades en los mecanismos de	Realizar socialización a supervisores y funcionarios responsables sobre los lineamientos para la publicación y reporte de información contractual en SECOP II y SIA Observa.	La Oficina Asesora de Control Interno evidenció la ejecución de la acción, el 04 de junio de 2026 una capacitación en SECOP II a servidores públicos y contratistas seguidamente el día 23 de junio de 2026 se realizó una capacitación en SIA Observa, observando lista de asistencia, registro fotográfico y las presentaciones realizadas.	Se recomienda verificar la unidad de medida de la acción, la cual no es coherente con la acción planteada.	50%

seguimiento y control de la información contractual reportada por las dependencias responsables.	Realizar seguimiento aleatorio a una muestra de contratos para verificar la publicación oportuna e integral de la información en SECOP II y SIA Observa.	Se observó el informe de seguimiento de la gestión contractual del primer semestre, equivalente a 420 contratos suscritos, donde se seleccionó una muestra aleatoria de 84 contratos, equivalente al 20% de la contratación celebrada donde se verificó la publicación en la plataforma SECOP II del Acta de Idoneidad y/o del Informe de Evaluación, así como la verificación de antecedentes de contratistas y proveedores, garantizando el cumplimiento de los principios de transparencia, publicidad y control en la gestión contractual.	Se recomienda verificar la unidad de medida, la cual no es coherente con la acción planteada. Por otra parte, en el informe no se observa el seguimiento de la publicación en la plataforma SIA OBSERVA tal como lo indica la acción de mitigación, únicamente se validó la publicación en la plataforma SECOP II. Se recomienda tener en cuenta el seguimiento para el segundo semestre.	25%
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por la falta de verificación de antecedentes y validación de información de personas naturales o jurídicas que establecen relaciones contractuales o de patrocinio con el IMCT a causa de debilidades en la aplicación de mecanismos de debida diligencia para la prevención del riesgo LA/FT/FPADM.	Implementar el formato GJ-F-94-FORMATO LINEAMIENTOS PARA PREVENCIÓN LAVADO DE ACTIVOS.	Se evidencia la Implementar del formato GJ-F-94-Formato lineamientos para Prevención Lavado de Activos.	La Oficina Asesora de Control Interno evidencia que las casillas de periodicidad, unidad de medida y meta de la acción no coinciden con la acción planteada, se recomienda realizar la revisión correspondiente.	50%
	Socializar los lineamientos institucionales para la prevención del riesgo LA/FT/FPADM.	Se evidencia que el día 24 de junio se llevó a cabo la capacitación sobre identificación, valoración y control de riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva. Se observa la convocatoria, listas de asistencia, registro fotográfico y filmillas presentadas.	La Oficina Asesora de Control Interno evidencia que las casillas de periodicidad, unidad de medida y meta de la acción no coinciden con la acción planteada, se recomienda realizar la revisión correspondiente.	100%

Gestión de Control y Evaluación: Compuesto con dos (2) riesgos y cuatro (4) acciones

RIESGO	Descripción de la Acción, basado en el análisis de causas	Verificación por parte de la Oficina de Control Interno	Observaciones de Evaluación	Estado
Posibilidad de afectación económica y reputacional por La resistencia al cambio de implementar las acciones correctivas necesarias a causa de La falta de disposición por parte de los responsables de las áreas auditadas para dar cumplimiento con las acciones de mejora y/o recomendaciones derivadas de las auditorías internas y externas, lo que propicia la materialización de los riesgos identificados en la Matriz de Riesgos del IMCT.	Realizar seguimiento a los Planes de Mejoramientos Internos y Externos suscritos por el Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga.	Se evidenciaron los seguimientos a los Planes de Mejoramiento Auditoría Financiera, de Gestión y Resultados 2025 No AFGR -010-2025, vigencia 2024 y Auditoría Gestión Ambiental.	Continuar realizando los seguimientos a los planes de mejoramiento de acuerdo con lo programada en el Plan Anual de Auditorías.	50%
	Presentar ante el Comité de Coordinación Institucional de Control Interno, las recomendaciones emanadas de los seguimientos realizados por la Oficina Asesora de Control Interno.	En el mes de junio se llevó a cabo el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se socializaron las recomendaciones emanadas del seguimiento de la Matriz de Riesgos de Gestión	Continuar socializando ante el comité los informes, seguimientos y auditorías emanadas de la oficina de control interno.	50%
Posibilidad de afectación reputacional por El incumplimiento de las actividades programadas (auditorías, informes y seguimientos de ley, acompañamientos, evaluación de los planes de mejoramiento interno y externo, entre otros) a nivel del plan anual de auditoría previsto para la vigencia a causa de La limitada disponibilidad de recurso humano asignado directamente a la Oficina de Control Interno de Gestión afectando el desarrollo oportuno y eficiente de los procesos.	Presentación, aprobación e implementación del plan de acción y del programa anual de auditorías ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, asegurando su alineación con los objetivos estratégicos de la entidad.	Se evidencio la actualización del Programa Anual de Evaluación y Auditorías basado en Riesgos	Se aprobó el Programa Anual de Auditorías conforme a lo establecido por la normatividad legal.	100%
	Monitero Trimestral de los Resultados del seguimiento realizado al Plan Anual de Auditorías y presentarlo ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Se realizó el seguimiento al Programa Anual de Evaluación y Auditorías basado en riesgo con una ejecución del 73% pendiente presentar las conclusiones de los informes ante el Comité de Coordinación de control interno.	Presentar los informes, seguimientos y auditorías ante el Comité de Control Interno.	25%

La Oficina Asesora de Control Interno identificó que, aunque existe avance de 36,75% de las 114 acciones en la ejecución de las actividades, aun persisten debilidades relacionadas con la formulación y ejecución de las mismas:

- Falta de evidencias que soporten actividades reportadas como ejecutadas.
- Actividades programadas que aún no presentan avance.
- Riesgos con acciones parcialmente implementadas.
- No reportan avance de la descripción de la acción de mitigación.
- En ciertos riesgos la unidad de medida y periodicidad se encuentran mal planteadas, ocasionando al final del periodo el no cumplimiento de la acción.
- Persisten debilidades relacionadas con la calidad y suficiencia de las evidencias aportadas.

Como resultado del seguimiento y evaluación independiente realizada por la Oficina de Control Interno al Plan de Acción del Mapa de Riesgos Institucional, con corte al 31 de agosto de 2026, se evidenciaron avances en la ejecución de las acciones de mitigación; no obstante, persisten aspectos susceptibles de fortalecimiento relacionados con la formulación, ejecución, seguimiento y evidencia de las acciones establecidas para el tratamiento de los riesgos. En el siguiente cuadro podemos observar el número de acciones de acuerdo con el porcentaje de avance.

% Avance Acumulativo	0%	1% a 30%	31% a 50%	51% a 80%	81% a 100%
# Acciones	36	13	44	12	9

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Se recomienda realizar una revisión integral de las acciones de mitigación del Mapa de Riesgos Institucional, verificando la coherencia entre producto, periodicidad, unidad de medida y meta. Esta revisión permitirá fortalecer la calidad del Mapa de Riesgos, como mecanismo de gestión y facilitará su seguimiento, medición y evaluación independiente, evitando que se presenten acciones duplicadas o indicadores que no permiten determinar objetivamente su cumplimiento.
2. Mejorar la calidad y suficiencia de las evidencias, procurando que los soportes aportados correspondan directamente a la acción ejecutada y permitan verificar de manera objetiva su realización y resultado. La sola referencia a una actividad o la presentación de informes generales no sustituye la evidencia específica de su ejecución.
3. Dar cumplimiento a las acciones dentro de la periodicidad establecida, evitando acumulación de actividades al cierre de la vigencia. En particular, se requiere seguimiento oportuno a las acciones que presentan incumplimiento o ejecución parcial.
4. Fortalecer las acciones relacionadas con Gestión de Bibliotecas Públicas, Fomento Convocatorias, Gestión Financiera , Formación en Artes y Oficios, procesos en los cuales la Oficina de Control Interno no evidenció reporte de avance en varias de las acciones programadas. Se recomienda establecer mecanismos de seguimiento que permitan garantizar su ejecución dentro de los plazos previstos.
5. Fortalecer el seguimiento a las acciones de Atención al Ciudadano, especialmente aquellas relacionadas con el control de los tiempos de respuesta de las PQRSD, la identificación de respuestas extemporáneas y la generación de alertas oportunas a los responsables de los procesos, de igual manera se recomienda que los Directivos y Lideres de los procesos implementen acciones de seguimiento y control con el fin que no se contesten PQRSD con Extemporaneidad.
6. Revisar integralmente las acciones programadas para la vigencia 2026, con el propósito de identificar actividades duplicadas, acciones que puedan ser integradas, metas que no correspondan con la periodicidad establecida y unidades de medida que no permitan determinar objetivamente el nivel de cumplimiento.
7. Fortalecer el autocontrol y monitoreo de la Primera y Segunda Línea de Defensa, de manera que las evidencias sean revisadas previamente a su reporte a la Oficina de Control Interno y permitan demostrar no solo la ejecución de la actividad, sino también su contribución al tratamiento y control del riesgo.

Finalmente, las acciones calificadas como “No Cumple” o “Cumple Parcialmente”, así como aquellas para las cuales no se aportaron evidencias suficientes, deberán ser objeto de seguimiento prioritario en la próxima

CÓDIGO: GD-F-32	INFORME EJECUTIVO	 Instituto Municipal de Cultura y Turismo
VERSIÓN: 01		
FA: 12/06/2024	GESTION DE CONTROL Y EVALUACIÓN	

evaluación, con el fin de determinar su avance, cumplimiento y contribución efectiva al tratamiento de los riesgos institucionales

4. PRODUCTO ENTREGABLE:

Informe de Seguimiento Mapa de Riesgos correspondiente al segundo cuatrimestre en el Instituto Municipal de Cultura y Turismo de Bucaramanga.

5. PENDIENTES POR REALIZAR:

N/A

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- Garantizar que las evidencias aportadas correspondan directamente a la acción formulada para el tratamiento del riesgo.
- Se considera necesario fortalecer el ejercicio de autocontrol de la Primera Línea y el monitoreo de la Segunda Línea de Defensa, particularmente frente a las acciones que presentan cumplimiento parcial, incumplimiento o ausencia de evidencias suficientes, con el propósito de asegurar que el Mapa de Riesgos Institucional constituya un instrumento efectivo para la gestión y tratamiento de los riesgos, y que su ejecución pueda ser verificada de manera objetiva, oportuna y documentada por la Oficina de Control Interno.
- Exigir a los responsables de proceso la entrega oportuna de soportes verificables.
- Diseñar planes de choque para los procesos con rezagos significativos o ausencia de reporte.

DESCRIPCIÓN	NOMBRE COMPLETO	CARGO	FIRMA
Elaborado:	Lizeth Paola Meneses Zambrano	CPS Profesional Apoyo	
Revisado:	Leydi Johana Zambrano Avellaneda	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	
Aprobado:	Leydi Johana Zambrano Avellaneda	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	