ÁREA O PROCESO EVALUADO:	FECHA:	AUDITOR (ES)
Subdirección Administrativa y Financiera: - Proceso de gestión de talento humano - Proceso de gestión documental - Gestión de las tecnologías - Proceso de gestión de recursos físicos - Proceso de gestión administrativa y financiera	Veintidós (22) de octubre de 2026	Juliana Andrea Ortiz Agredo Sonia Yazmin Colmenares Lucena
PERSONA AUDITADA	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
Subdirectora Administrativa y Financiera	Subdirectora Administrativa y Financiera	Subdirección Administrativa y Financiera

1. OBJETIVO(S)

Evaluar integralmente los procesos a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera durante el periodo comprendido entre el primero (1) de enero de 2026 y el treinta (30) de agosto de 2026, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos legales, normativos, procedimentales y de planeación aplicables; así como evaluar la gestión de los riesgos, el diseño y la efectividad de los controles y los resultados alcanzados en los procesos de Gestión de Talento Humano, Gestión Documental, Gestión de Tecnologías, Gestión de Recursos Físicos y Gestión Administrativa y Financiera, en el marco del MIPG y bajo los principios de eficacia, eficiencia, economía, oportunidad, transparencia y responsabilidad administrativa.

2. ALCANCE

La auditoría comprendió la evaluación de los procesos a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026. Se verificó, mediante pruebas selectivas, el cumplimiento de la normatividad y de los procedimientos aplicables a los procesos de Gestión de Talento Humano, Gestión Documental, Gestión de Tecnologías, Gestión de Recursos Físicos y Gestión Administrativa y Financiera.

Asimismo, se evaluó la ejecución y los resultados de los planes de acción e institucionales; la gestión de los riesgos; el diseño y la efectividad de los controles; los indicadores de gestión; la atención oportuna de las PQRSD; el estado de los planes de mejoramiento y la articulación con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

La evaluación se realizó con base en la información y las evidencias suministradas por los responsables de los procesos, sin perjuicio de solicitar soportes adicionales cuando resulte necesario durante el desarrollo de la auditoría.

3. CRITERIOS DE AUDITORÍA

La auditoría tuvo como criterios la Constitución Política, artículos 209 y 269; la Ley 87 de 1993; el Decreto 1083 de 2015, modificado y adicionado por los Decretos 648 y 1499 de 2017; el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG vigente; la Guía para la Gestión Estratégica y el Fortalecimiento de la Auditoría Interna en Entidades Públicas, versión 5; y la Guía para la Gestión Integral

del Riesgo en Entidades Públicas vigente.

Para los procesos objeto de evaluación se aplicó, según corresponda:

• **Gestión del Talento Humano:** Ley 909 de 2004, Decreto Ley 1567 de 1998, Decretos 1083 y 1072 de 2015 y Resolución 0312 de 2019.
• **Gestión Documental:** Ley 594 de 2000, Decreto 1080 de 2015 y Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación.
• **Gestión de Tecnologías:** Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014; Decreto 1078 de 2015; Decretos 767 y 338 de 2022; Resoluciones MinTIC 1519 de 2020 y 2277 de 2025.
• **Gestión Financiera:** Estatuto Orgánico del Presupuesto; disposiciones presupuestales del municipio de Bucaramanga; presupuesto aprobado para la vigencia 2026; Régimen de Contabilidad Pública; Resolución 533 de 2015 y sus modificaciones; y Resolución 347 de 2025 de la Contaduría General de la Nación.
• **PQRSD:** Ley 1437 de 2011, modificada por la Ley 1755 de 2015; Decreto 1166 de 2016, incorporado al Decreto 1069 de 2015; Ley 1712 de 2014 y Decreto 1081 de 2015.
• **Transparencia e integridad:** Disposiciones vigentes de la Ley 1474 de 2011, Ley 2195 de 2022 y Decreto 1122 de 2024.

También fueron criterios de auditoría los estatutos, actos administrativos, manuales de funciones, políticas, procedimientos, planes institucionales, indicadores, mapas de riesgos, políticas contables, instrumentos archivísticos y demás documentos internos vigentes del INDERBU relacionados con los procesos evaluados, así como las normas que modifiquen, adicionen o sustituyan las anteriormente señaladas.

4. DOCUMENTOS EXAMINADOS

4.1. AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

En desarrollo de la auditoría interna practicada a la Subdirección Administrativa y Financiera, la Oficina de Control Interno realizó la verificación del proceso de Gestión del Talento Humano e Integridad, respecto del periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026.

- **MAPA DE RIESGO**

1. **Riesgo: *Pérdida reputacional por queja o reclamo de los grupos de valor debido a la falta de competencia y arl del servidor público:***

a. Relación de funcionarios públicos vinculados:

El proceso de Gestión del Talento Humano remitió la relación corregida de los diecinueve (19) servidores públicos vinculados al INDERBU durante el período auditado, incluidos dos (2) que se desvincularon. La relación contiene el nombre, el cargo, la fecha de vinculación y la naturaleza del empleo de cada servidor, en atención a la información solicitada.

b. Formatos para validar los requisitos de vinculación:

El proceso de Gestión del Talento Humano remitió la Lista de Chequeo código PA.03-F08, versión 02, del 19 de mayo de 2025, establecida para verificar los documentos y requisitos asociados a la vinculación y la conformación del expediente laboral de los servidores públicos. El formato contiene treinta y nueve (39) ítems de control, casillas de verificación, número de folio e identificación del responsable de la revisión. Teniendo en cuenta que el formato no tiene aplicación retroactiva, su diligenciamiento es exigible únicamente en los expedientes de los servidores vinculados con posterioridad al 19 de mayo de 2025. Para

los servidores vinculados antes de esa fecha, el cumplimiento de los requisitos se verificó con la versión anterior del formato vigente al momento de su vinculación.

c. Revisión de expedientes laborales

Se revisaron diecinueve (19) expedientes laborales y se evidenció la existencia de la documentación de los servidores. Sin embargo, la mayoría de los expedientes presentan foliación errónea, por lo que se sugiere revisar nuevamente los diecinueve (19) expedientes para corregir la numeración de los folios. Así mismo, en los expedientes no reposan las resoluciones expedidas durante la vigencia 2026 mediante las cuales se concedieron viáticos y comisiones a los servidores. Estas situaciones reflejan debilidades en el control documental y en la trazabilidad de la información de los expedientes laborales, y pueden afectar su integridad como fuente de consulta y soporte de las actuaciones administrativas.

2. **Riesgo:** ***Pérdida reputacional por queja del usuario interno debido a la no coherencia entre la identificación de necesidades y las actividades proyectadas en el Plan de bienestar y el PIC.***

Las evidencias aportadas permiten verificar que las necesidades de bienestar y capacitación de los servidores fueron identificadas y priorizadas, y que guardan correspondencia con las actividades incluidas en el Plan Institucional de Bienestar e Incentivos (PIBE) y en el Plan Institucional de Capacitación (PIC) de la vigencia 2026. Así mismo, las planillas de seguimiento se encuentran diligenciadas y permiten identificar las actividades ejecutadas, pendientes o reprogramadas frente al cronograma, junto con las acciones adelantadas en cada caso. La evidencia presentada es suficiente y pertinente frente a lo solicitado, por lo que el control evaluado para este riesgo opera adecuadamente.

No obstante, como oportunidad de mejora, se observa que no se aplicaron encuestas de satisfacción ni de evaluación de las actividades ejecutadas en el PIBE y el PIC durante la vigencia 2026. La única medición de satisfacción corresponde a la calificación del Plan de Bienestar y Estímulos 2025, incluida en la encuesta de diagnóstico de necesidades. En consecuencia, el seguimiento permite verificar el cumplimiento del cronograma, pero no la percepción de los servidores ni la eficacia de las actividades, información necesaria para retroalimentar la formulación de los planes de la siguiente vigencia. Se recomienda aplicar una encuesta de satisfacción al finalizar cada actividad de bienestar y capacitación, consolidar sus resultados en el seguimiento mensual e incluir en el informe de cierre de la vigencia el nivel de satisfacción alcanzado y las acciones de mejora derivadas.

3. **Riesgo:** ***Pérdida reputacional por recibir o solicitar dádiva o beneficio por direccionamiento de vinculación en favor propio o de un tercero.***

El proceso aportó el Plan Anual de Vacantes 2026, que relaciona cinco (5) vacantes definitivas con su cargo, código, grado, dependencia, naturaleza del empleo y fecha de la vacancia. Así mismo, informó que no existen vacantes temporales. Cuatro (4) de las vacantes corresponden a empleos de carrera administrativa, generados entre julio de 2021 y diciembre de 2024, y una (1) al empleo de libre nombramiento y remoción de Subdirector Administrativo y Financiero, vacante desde el 28 de agosto de 2026; tres de los empleos de carrera permanecen vacantes desde 2021 y 2022. Para la provisión de los empleos, en los procesos de vinculación se aplica el Formato de Estudio de Hoja de Vida, mediante el cual se verifica, como control previo, que la persona propuesta cumpla con el perfil y los requisitos establecidos para el cargo en el Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales.

Cargo	Código	Grado	Dependencia	Naturaleza del empleo	Tipo de vacante	Fecha de la vacancia
Profesional Universitario	219	04	Operativa	Carrera administrativa	Definitiva	11/07/2022

Técnico Operativo	314	04	Técnica	Carrera administrativa	Definitiva	01/07/2021
Técnico Operativo	314	04	Administrativa	Carrera administrativa	Definitiva	01/12/2024
Secretario Ejecutivo	425	01	Dirección	Carrera administrativa	Definitiva	01/07/2022
Subdirector Administrativo y Financiero	201	01	Subdirección Administrativa y Financiera	Libre nombramiento y remoción	Definitiva	28/08/2026

Con base en las evidencias remitidas, se observa que durante la vigencia 2026 el INDERBU realizó siete actividades de socialización entre el 26 de marzo y el 12 de agosto, con 165 registros de asistencia de funcionarios y contratistas. Dos de ellas trataron el conflicto de intereses: una socialización general el 26 de marzo y otra sobre el procedimiento, la recusación y el formato PA.03-PD05-F01 el 30 de junio. Las otras cinco correspondieron al Código de Integridad y sus valores del mes: honestidad, respeto, diligencia, compromiso y justicia. Las actividades se soportan en el formato PA.08-F20 "Reporte de capacitaciones" y, en la mayoría de los casos, en plegables o infografías de divulgación. Con esto se evidencia gestión en materia de integridad y conflicto de intereses. No obstante, las evidencias presentan debilidades de calidad; en cuatro de los siete formatos falta la firma del capacitador.

4. **Riesgo:** ***Posibilidad de: Pérdida reputacional por fuga de capital intelectual debido a la falta de acciones al retiro.***

Para mitigar el riesgo de pérdida reputacional por fuga de capital intelectual al retiro de los servidores, el Instituto adoptó el formato de transferencia de conocimiento, código PA.03-F14, versión 01, aprobado el 24 de septiembre de 2026 en el proceso de Gestión Estratégica del Talento Humano. Dado que su aprobación es posterior a la fecha de corte de la auditoría (30 de agosto de 2026), este formato no constituye un control que haya operado durante el periodo auditado y, por tanto, no fue objeto de evaluación de efectividad en esta auditoría. No obstante, en la verificación realizada durante la ejecución de la auditoría se evidenció que, a partir de su aprobación, el formato se está aplicando acompañado de los inventarios documentales y de la relación de asuntos pendientes. Con él se formaliza la transferencia de información, documentos y conocimientos a quien asume el cargo, y se recoge el conocimiento tácito del servidor que se retira: las actividades más complejas del cargo, los problemas frecuentes y sus soluciones, los sistemas de información utilizados, los informes recurrentes, los contactos estratégicos, el informe ejecutivo de la gestión y los asuntos pendientes. De esta manera, el formato aporta a la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación (GESCO+I) del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), al conservar ese conocimiento como memoria institucional y facilitar que el sucesor dé continuidad a la gestión. Su efectividad deberá evaluarse en futuros seguimientos o auditorías.

5. **Riesgo:** ***Pérdida económica derivada de sanciones por parte de entes de control y/o demandas de los grupos de valor, ocasionadas por la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, como resultado de la exposición a peligros en el desarrollo de las actividades laborales.***

a. Se verificó la Matriz de Identificación de Peligros, Evaluación de Riesgos y Determinación de Controles (PA.03-SST-F12, versión 02), con última actualización del 28 de agosto de 2026. La matriz contiene, para los cargos administrativos y operativos, los peligros identificados, su clasificación, los efectos posibles, los controles existentes, la evaluación y valoración del riesgo y las medidas de intervención; incluye peligros de nivel alto, como el trabajo en alturas (nivel I, no aceptable) y los accidentes de tránsito. Asimismo, se evidenciaron cuatro talleres sobre identificación de peligros, riesgos laborales y autocuidado, desarrollados con el apoyo de la ARL Positiva:

- Un taller virtual el 9 de abril de 2026 por Teams, con 157 conexiones y 110 registros en formulario;
- Tres talleres presenciales en la Sala de Medios del Coliseo Bicentenario: el 20 de abril (45 asistentes), el 5 de mayo (30 asistentes) y el 6 de julio (37 asistentes), soportados en el formato

PA.08-F20 y en registro fotográfico.

b. El reporte de la ARL registra once (11) accidentes de trabajo no mortales y cero (0) accidentes mortales durante 2026. Sin embargo, no se aportó una relación individual que permita verificar la fecha y oportunidad de cada reporte, las acciones de intervención adelantadas y la información expresa sobre incidentes y enfermedades laborales.

6. **Riesgo:** ***Pérdida económica por sanciones de entes de control o demandas y quejas de los grupos de valor debido a incumplimiento de estándares mínimos del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo***

Se verificó la autoevaluación de los estándares mínimos del SG-SST correspondiente a la vigencia 2025, última anualidad finalizada al momento de la auditoría, con una calificación del 100% y nivel aceptable. Asimismo, se evidenciaron su reporte ante el Ministerio del Trabajo en 2026 y la presentación del Plan de Mejora ante la ARL, lo que constituye una fortaleza de la gestión. Sin embargo, no se aportaron el contenido del plan ni los soportes de las acciones de mejora o mantenimiento ejecutadas durante el periodo auditado de 2026, por lo que no es posible verificar su trazabilidad. Se recomienda documentar dichas acciones indicando actividad, responsable, plazo, evidencia y estado de cumplimiento. En caso de no haberse identificado desviaciones, se debe dejar constancia expresa y relacionar las acciones orientadas a mantener la calificación obtenida.

7. **Riesgo:** ***Pérdida de la integridad por Lesiones, incidentes o enfermedades laborales por exposición a factores de riesgo en el entorno laboral*****.**

La entidad implementó actividades de autocuidado e identificación de peligros mediante inducciones, talleres y capacitaciones sobre riesgo biológico, riesgo químico, prevención de caídas, trabajo en alturas, manejo de cargas, prevención del consumo de sustancias psicoactivas e identificación de peligros en el entorno laboral. Se destaca el taller virtual del 9 de abril de 2026, con 157 conexiones registradas en Teams y 110 registros de asistencia en formulario. El seguimiento se evidenció mediante inspecciones a los escenarios deportivos, en las que se verificaron las condiciones de seguridad, los equipos de emergencia, los botiquines, los extintores y el manejo de productos químicos, y se identificaron acciones pendientes de intervención. Como fortaleza, se destacan las actividades preventivas, la participación del personal y las inspecciones directas en los lugares de trabajo. No obstante, no se evidencia el cierre documentado de todas las acciones pendientes identificadas en las inspecciones. Por ello, se recomienda consolidar su seguimiento en una matriz que indique la acción requerida, el responsable, el plazo, el estado y la evidencia de cierre, con el fin de garantizar la trazabilidad y efectividad de los controles del SG-SST.

8. ***Riesgo: Pérdida reputacional y económica derivada de inconsistencias en las fechas de cobertura de la ARL, en relación con la vigencia del personal de planta y los contratos de prestación de servicios.***

Se aportaron certificados de afiliación y retiro expedidos por la ARL y planillas mensuales de aportes, que constituyen soportes documentales de la gestión. Sin embargo, no se evidenció el cruce de las fechas de cobertura con la vigencia laboral o contractual de cada servidor y contratista. Tampoco se aportaron los resultados sobre inconsistencias ni las acciones adoptadas frente a las diferencias de fechas identificadas. Además, no se describió ni acreditó el mecanismo aplicado para verificar la continuidad de la cobertura y gestionar oportunamente las novedades de ingreso y retiro, con sus responsables y periodicidad.

Adicionalmente, no se acreditó la verificación individual de la totalidad de servidores y contratistas, y la planilla de abril de los contratistas figura como generada, pero no como pagada. Por lo anterior, se recomienda implementar una matriz de control que registre, por cada servidor y contratista, las fechas de vinculación, inicio de cobertura, terminación y retiro de la ARL, las novedades, las inconsistencias, el responsable de la verificación y la acción correctiva. Esto permitiría acreditar de manera integral la

continuidad de la cobertura para toda la población.

- **PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL**

1. Mecanismos e instrumentos de seguimiento

El proceso cuenta con dos mecanismos de seguimiento según la periodicidad de cada plan:

- Seguimiento mensual del PIBE y del PIC:Se hace mediante matrices de cronograma programado/ejecutado (formatos PA.03-PLA01-F01 y PA.03-PLA02-F01), que incluyen indicador, observaciones por actividad y fecha de seguimiento. Se aportaron los cortes de febrero a agosto de 2026, elaborados en los primeros días de cada mes siguiente. Con corte a agosto, el PIBE ejecutó 14 de 33 actividades anuales (42 %) y el PIC 11 de 22 (50 %), con cumplimiento del 100 % de lo programado a la fecha.
- Seguimiento semestral del Plan Anual de Vacantes, el Plan de Previsión de Recursos Humanos y el PETH: Se hace mediante informes de junio de 2026 en el formato PA.08-F11, suscritos por la Subdirectora Administrativa y Financiera.

2. Actividades pendientes y acciones adoptadas

La dependencia manifiesta que no existen incumplimientos, toda vez que la meta del PIC y del PIBE corresponde al 100 % de ejecución al cierre de la vigencia, y que los meses fijados en el cronograma constituyen únicamente una programación de referencia. Atribuye las modificaciones de fechas a la disponibilidad de los aliados estratégicos que brindan su apoyo de manera gratuita y a la suscripción de un contrato que aún se encuentra en trámite. Sin embargo, las matrices de seguimiento remitidas sí evidencian retrasos frente a la programación inicial:

- PIBE: se reprogramaron la capacitación y la actualización de la política de inclusión laboral, así como el incentivo turístico. Este último depende del contrato con la Caja de Compensación, que a agosto no se había suscrito. Además, se eliminó una de las dos jornadas de exámenes médicos ocupacionales.
- PIC: se reprogramaron las capacitaciones en MIPG, comunicación asertiva, desarrollo de proyectos de innovación y política de cero papel.

Con corte a agosto, el avance anual era del 42 % en el PIBE (14 de 33 actividades) y del 50 % en el PIC (11 de 22). Quedaban pendientes 19 y 11 actividades, respectivamente, concentradas en el último cuatrimestre.

- **PTEP**

1. Talento Humano realizó siete socializaciones en 2026: Cinco (5) sobre el Código de Integridad y sus valores, y dos (2) sobre conflictos de intereses. La segunda de estas últimas se programó como acción de mejora frente a las inquietudes identificadas en la primera. Frente a los PEP, el seguimiento de julio detectó que tres de cuatro funcionarios no habían publicado su información; tras el requerimiento, se alcanzó el 100 % en agosto. En bienes y rentas, la Circular No. 23 de 2026 y el informe de agosto evidencian la entrega de las declaraciones de los 19 funcionarios de planta.

No obstante, el informe de bienes y rentas no verifica la publicación en el SIGEP ni la oportunidad de la presentación, y expone información personal de los servidores. Tampoco se acreditó el seguimiento a las declaraciones de conflictos de intereses. En cuanto a las Personas Expuestas Políticamente (PEP), si bien su identificación se realizó con base en un análisis jurídico, este no se encuentra documentado cargo por cargo frente a las funciones de cada empleo, por lo que no es posible verificar el criterio aplicado; en consecuencia, el número de PEP podría ser mayor según lo dispuesto en el

Decreto 830 de 2021. Por último, el control a los PEP operó de manera reactiva. Se recomienda verificar la publicación en las plataformas oficiales y documentar, cargo por cargo, el análisis de identificación de los PEP con base en las funciones de cada empleo. También se recomienda implementar el seguimiento a las declaraciones de conflictos de intereses, proteger la información personal y establecer controles preventivos.

2. El proceso de Talento Humano verificó la condición PEP mediante consulta directa en la Consulta Ciudadana – PEP del Aplicativo por la Integridad Pública de la Función Pública, y aportó los soportes del ciclo completo:

- Informe de julio de 2026: Relaciona los 19 funcionarios de planta e identifica 4 como PEP (Directora General, Subdirectora Administrativa y Financiera, Tesorero y Almacenista), con base en un análisis jurídico realizado con la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica. Solo la Directora tenía publicada su declaración, para un cumplimiento del 25 %.
- Acción correctiva: Se socializó una infografía y se requirió a los tres funcionarios pendientes.
- Informe de agosto de 2026: Las capturas del aplicativo muestran que los tres publicaron su declaración entre el 21 y el 24 de agosto de 2026, alcanzando el 100 %.

Se recomienda que la identificación de las Personas Expuestas Políticamente se formalice en el procedimiento de Gestión del Talento Humano, como responsabilidad de la unidad de personal, con apoyo de la Oficina Asesora Jurídica y aprobación de la Dirección General. El análisis debe documentarse cargo por cargo frente a las funciones y delegaciones vigentes. Además, debe actualizarse ante cualquier cambio en la planta, en el manual de funciones o en las delegaciones.

3. Socialización, resultados y mejoras: La respuesta reporta participación y receptividad de los servidores, así como la ampliación de las actividades de cuatro a siete en integridad y de una a dos en conflictos de intereses, para un total de nueve. Sin embargo, como se advirtió en el análisis del Plan de Acción MIPG, solo se acreditan las siete actividades señaladas anteriormente, entre ellas la segunda jornada sobre conflicto de intereses del 30 de junio, programada como acción de mejora a partir de las inquietudes surgidas en la primera y centrada en el procedimiento, la recusación y el formato de declaración. En materia de PEP, el seguimiento permitió identificar tres registros pendientes en julio y subsanarlos en agosto. Los resultados se reportan de forma cualitativa, sin evaluaciones de conocimiento, encuestas ni indicadores de cobertura, y no se documentaron las inquietudes que motivaron las mejoras.

- **PLAN DE ACCIÓN MIPG**

El proceso de Gestión de Talento Humano reportó participación y receptividad de los servidores en las actividades de integridad y conflicto de intereses desarrolladas entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026. Como acción de mejora, a partir de las inquietudes de los participantes, amplió la programación de cuatro a siete actividades sobre integridad y de una a dos sobre conflictos de intereses. Entre ellas incluyó una segunda jornada, realizada el 30 de junio, orientada al procedimiento de declaración y al diligenciamiento del formato, lo que constituye una mejora derivada del seguimiento y con enfoque práctico.

No obstante, con corte al 30 de agosto se evidenciaron siete actividades en total, y no las nueve reportadas. Los soportes tampoco acreditan los resultados obtenidos ni la cobertura frente al total de servidores y contratistas. Como soporte adicional se remitió la encuesta del Plan de Bienestar 2026, sin embargo, esta corresponde a un diagnóstico de necesidades de bienestar aplicado en enero, antes de las actividades y sin preguntas sobre integridad o conflicto de intereses, por lo que no permite medir los resultados de la sensibilización.

Por lo anterior, se recomienda aplicar evaluaciones o encuestas posteriores a cada jornada que midan la comprensión y la apropiación de los temas, y calcular la cobertura frente al total de servidores y contratistas.

También se recomienda conservar los registros de asistencia y los soportes de las jornadas adicionales. En conclusión, se reportan acciones de sensibilización y mejora cuya ejecución se acredita parcialmente, mientras que sus resultados no se encuentran medidos ni soportados.

- **PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO VACACIONES DE FUNCIONARIOS**

1. Como resultado de la auditoría, la Oficina de Control Interno evidenció que la Subdirección Administrativa y Financiera remitió archivo Excel con la programación de vacaciones de la vigencia 2026, con las fechas previstas de disfrute de quince (15) servidores. En cuanto al seguimiento, el único soporte son los correos del 18 de junio de 2026, remitidos a mitad de la vigencia con un plazo de cinco días hábiles y reenviados parcialmente el 1 de julio. Las respuestas fueron parciales, tentativas o sin fecha definida.

Lo anterior evidencia que el archivo aportado no constituye un cronograma anual de vacaciones, cuya obligación recae en Gestión del Talento Humano, como quiera que al inicio de cada vigencia debe elaborar un cronograma que organice el disfrute de las vacaciones de todos los servidores públicos, de esta manera se garantiza que se concedan dentro del año siguiente a su causación, como lo ordena el artículo 12 del Decreto Ley 1045 de 1978, y se evita la acumulación de periodos. Además, no demostraron la planeación o seguimiento oportuno al cumplimiento de las fechas, lo que permite evitar aplazamientos y acumulaciones.

2. En atención al requerimiento relacionado con la remisión de las Resoluciones mediante las cuales se hayan concedido, aplazado, reprogramado o acumulado vacaciones durante la vigencia 2026, la Subdirección Administrativa y Financiera allegó los siguientes soportes:

- Cuadro diligenciado con la información de vacaciones de los diecinueve (19) servidores de planta;
- Trece (13) Resoluciones de reconocimiento, liquidación y pago de vacaciones;
- Trece (13) Resoluciones de encargo;
- Tres (3) constancias del 15 de septiembre de 2026, que indican que durante la vigencia 2026 no se expidieron Actos Administrativos de aplazamiento, reprogramación ni acumulación de vacaciones.

Verificados los soportes, la Oficina de Control Interno evidenció que, con corte al 30 de agosto de 2026, once (11) de los diecinueve (19) servidores registran catorce (14) periodos de vacaciones causados y no disfrutados, tres (3) servidores tienen dos periodos acumulados, cinco (5) no han disfrutado vacaciones desde su vinculación.

De conformidad con los artículos 12, 13 y 14 del Decreto Ley 1045 de 1978, las vacaciones deben concederse dentro del año siguiente a su causación; solo pueden aplazarse por necesidades del servicio, mediante resolución motivada, y su acumulación no puede exceder dos (2) periodos. No obstante, se evidenciaron periodos de vacaciones acumulados hasta por dos (2) y tres (3) años, cuyo disfrute se concedió en vigencias posteriores a su causación sin que mediara acto administrativo de aplazamiento, por lo que dicha acumulación y el disfrute tardío carecen de soporte legal, destacando el caso de una servidora que llegó a acumular tres (3) periodos, superando el límite legal, y que en junio de 2026 disfrutó el periodo causado en marzo de 2024.

Adicionalmente, conforme al artículo 17 del mismo Decreto, las vacaciones se liquidan con los factores salariales vigentes al momento de iniciar su disfrute, en consecuencia, los periodos acumulados se reconocen y pagan con la asignación básica de la vigencia en que se disfrutan, superior a la del año en que se causó el derecho. Por ello, la ausencia de controles que garanticen el disfrute oportuno de las vacaciones incrementa el pasivo laboral de la entidad y la expone a mayores costos por este concepto en cada vigencia.

En ese sentido, la Subdirección Administrativa y Financiera deberá adoptar e implementar acciones

correctivas que prioricen la programación del disfrute de los periodos pendientes, comenzando por los servidores que registran dos periodos acumulados. Así mismo, deberá elaborar, aprobar y socializar en el mes de enero de cada vigencia la programación de vacaciones de la totalidad de los servidores, realizar seguimiento periódico a su cumplimiento y expedir oportunamente la resolución motivada de aplazamiento cuando las necesidades del servicio impidan su disfrute. Con estas acciones se busca garantizar el cumplimiento del Decreto Ley 1045 de 1978, reducir el pasivo laboral de la entidad y asegurar el derecho al descanso de los servidores.

- **ACUERDOS COLECTIVOS SINDICALES – CAPACITACIONES Y VIATICOS**

La Subdirección remitió una matriz con 39 compromisos derivados de los acuerdos colectivos de 2016, 2022 y 2024, en la que indica para cada uno el acuerdo, el responsable, el plazo, el estado actual y las evidencias, junto con una carpeta de soportes. Sin embargo, la matriz no incluye el porcentaje de avance solicitado, la columna de acciones frente a los compromisos pendientes está vacía en todos los casos, incluso para los compromisos no cumplidos o en curso, los plazos se expresan de forma genérica y no permiten medir el cumplimiento oportuno.

A continuación, se presenta el detalle de las observaciones identificadas en cada uno de los compromisos reportados:

a. Compromisos no cumplidos o en curso sin acciones reportadas:

- N.º 10 - Programa de pre-pensionados: Se reporta como no cumplido por falta de recursos, sin acciones para su atención; este programa hace parte de las obligaciones de bienestar de la Entidad.
- N.º 14 - Estudio de modernización: Es un compromiso del Acuerdo de 2016 que continua en avance, gestionando recursos.
- N.º 37 - Desplazamiento a áreas rurales: El INDERBU no gestiona vehículos para zonas rurales.

b. Estado en cumplimiento con plazo vencido o en trámite:

- N.º 28 - Camisa institucional: Debía entregarse en el primer semestre y a septiembre sigue en revisión.
- N.º 12 - Subsidio de gafas: A septiembre el proceso contractual aún está en curso.
- N.º 13 - Salud mental: Figura como en cumplimiento, sin embargo, la actividad está programada para octubre.

c. Evidencias no pertinentes, duplicadas o ausentes:

- N.º 11 y 33 – Auxilio funerario y plan exequial: aunque son compromisos distintos, pactados en acuerdos diferentes, se reportan con el mismo texto y la misma evidencia. Además, en el reporte del N.º 11 se indica que este beneficio está incluido en la póliza de vida.
- N.º 1, 30 y 38: Se soportan con el mismo informe de inspección de puestos de trabajo.
- N.º 36 - Mesa de trabajo con el sindicato: La evidencia es una encuesta aplicada a todos los funcionarios.
- N.º 26 - Póliza de supervisores: Se relacionan y aportan las cuatro pólizas.
- N.º 22 - Desconexión laboral, y N.º 32 - Progresividad: En el caso de la desconexión laboral, la Ley 2191 de 2022 exige una política interna, que no se aporta.

d. Beneficios sin solicitudes:

- N.º 3, 4, 7, 8, 17 y 18: Se reportan en cumplimiento porque los funcionarios no lo han solicitado.

e. Bolsa de capacitación y viáticos:

- N.º 34: El equipo auditor verificó el cumplimiento de la solicitud 5 de la Resolución 143 de 2024, "Capacitación y viáticos", que establece: *"La entidad se compromete a agotar la bolsa actual de $25.000.000 en las diferentes solicitudes de los funcionarios de planta; en caso de que se agote el recurso, se revisarán traslados presupuestales, según la solicitud del funcionario*". Se tomaron como

referencia la Resolución 073 de 2022, la Resolución 143 de 2024 con su acta final y las Resoluciones 080, 093 y 109 de 2026, que autorizan comisiones, capacitaciones y viáticos.

El acuerdo sindical asigna $25.000.000 para capacitación y viáticos. En la práctica, la entidad destina esta bolsa solo al pago de inscripciones a capacitaciones. Con corte a la fecha, se evidencian pagos a tres (3) funcionarios; según los valores registrados en los Actos Administrativos, la ejecución de la bolsa asciende a $2.387.100, equivalente al 9,5 % de los recursos, con un saldo por ejecutar de $22.612.900. A tres meses del cierre de la vigencia permanece sin ejecutar el 90,5 % de los recursos, lo que evidencia debilidades en la planeación para cumplir el compromiso de agotar la bolsa.

De acuerdo con el principio de anualidad (Decreto 111 de 1996, artículos 14 y 89), las apropiaciones que no se comprometan a 31 de diciembre caducan, solo pasan a la siguiente vigencia los compromisos ya adquiridos, constituidos como reservas presupuestales o cuentas por pagar. En consecuencia, el saldo no ejecutado de la bolsa no se acumula para 2027. Ahora, si el acuerdo se entiende como una bolsa por vigencia, en 2027 deberán apropiarse nuevamente $25.000.000, y no el saldo de 2026 sumado al nuevo valor.

Por otra parte, las tres Resoluciones revisadas (080, 093 y 109 de 2026) acumulan en un mismo acto administrativo la comisión de servicios, el reconocimiento de viáticos y el pago de la inscripción a la capacitación. Aunque esta práctica no contraviene la normativa cuando el firmante tiene competencia para decidir sobre todos los asuntos, se recomienda expedir actos independientes, pues se trata de conceptos de naturaleza jurídica distinta. La comisión de servicios es una situación administrativa del servidor, y los viáticos son el reconocimiento económico que se deriva de ella, liquidado conforme a la escala vigente; la inscripción, en cambio, es la adquisición de un servicio a un tercero, sujeta a las normas de ejecución del gasto público. Al estar sometidos a regímenes y requisitos diferentes, su tratamiento en actos separados brinda mayor claridad sobre el fundamento de cada decisión y permite modificar o revocar uno de ellos sin afectar los demás.

Adicional a lo anterior, solo la Resolución 109 exige legalizar los tiquetes con factura, pasabordo y certificación de permanencia, las Resoluciones 080 y 093 omiten este requisito, pese a que en ellas el valor de los tiquetes también se gira directamente al servidor, por esta razón, es importante que toda resolución que autorice este giro incluya expresamente la obligación de legalizarlo.

Ahora bien, el reconocimiento de viáticos durante la vigencia 2026 se soporta en Actos Administrativos debidamente motivados. De los ocho (8) compromisos registrados en el rubro de viáticos - 2.1.2.02.02.010.85999, siete (7) cuentan con resolución expedida por la Subdirección Administrativa y Financiera, dependencia competente en virtud de la delegación conferida por el artículo 1° de la Resolución N.° 155 de 2025 (Resoluciones 063, 064, 065, 080, 093, 109 y 152 de 2026).

No obstante, se identificó un (1) pago de viáticos por valor de $1.886.025,20 que no cuenta con el acto administrativo que confiera la comisión y ordene su reconocimiento. El pago corresponde a la asistencia de un funcionario a un congreso realizado los días 8 y 9 de abril de 2026. El compromiso presupuestal N.° 26-00543 del 26 de marzo de 2026 (CDP N.° 26-00233) se registró únicamente con base en la liquidación de viáticos de nómina, y el pago se efectuó mediante el comprobante de egreso N.° 26-00587. Si bien las evidencias aportadas demuestran que la comisión se cumplió, el desplazamiento no fue autorizado formalmente por la autoridad competente y el gasto carece del acto que lo justifica.

En cuanto a la liquidación, se verificó que se efectuó conforme a la Resolución N.° 119 de 2025 del INDERBU, que adoptó la escala establecida en el Decreto 613 de 2025. Según esta resolución, el valor diario se determina con base en la asignación básica mensual del servidor comisionado, el lugar de destino, la duración de la comisión y la necesidad de pernoctar. La aplicación de esta escala se considera procedente, pues era la norma vigente en la entidad a la fecha de expedición del registro presupuestal (26 de marzo de 2026). El Decreto 0314 de 2026, cuyo ámbito de aplicación directa corresponde a los

empleados públicos del orden nacional, solo surtió efectos en el Instituto a partir de su adopción mediante la Resolución N.° 061 del 15 de mayo de 2026.

En consecuencia, aunque el valor liquidado es correcto, el gasto carece del acto administrativo que lo autoriza y justifica, esta situación constituye un hallazgo administrativo y se aparta del procedimiento que la misma entidad aplicó en los demás casos. Además, evidencia debilidades en los controles previos, ya que ni en la expedición del registro presupuestal ni en el trámite de pago se verificó la existencia del acto administrativo como requisito para comprometer y girar los recursos, esto expone a la entidad a realizar pagos sin autorización.

La entidad implementó una matriz en Excel para el seguimiento de los 39 compromisos derivados de los acuerdos colectivos sindicales. Sin embargo, a la fecha de la auditoría, 13 compromisos no registran fecha ni actividad y 6 presentan información incompleta. Además, el instrumento no incluye responsables, estado de avance, evidencias ni periodicidad de seguimiento, y no se aportó el acto o procedimiento que lo adopte formalmente, lo que impide verificar el cumplimiento efectivo de los compromisos y generar alertas oportunas. Se recomienda formalizar el mecanismo, completar su contenido con los campos mencionados, actualizarlo periódicamente y socializar sus resultados con la organización sindical.

4.2. AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

- **MAPA DE RIESGOS**

El objetivo de la auditoría consiste en evaluar el nivel de cumplimiento de los controles establecidos por la Subdirección Administrativa y Financiera frente a los riesgos identificados en el mapa de riesgos institucional, así como verificar la pertinencia, suficiencia y trazabilidad de las evidencias aportadas por los responsables del proceso frente a cada riesgo evaluado.

El equipo auditor realizó la revisión documental de las respuestas suministradas, respecto a tres (3) riesgos incluidos en el mapa de riesgos institucional, así:

1. ***Riesgo: Posibilidad de pérdida económica y reputacional por quejas, demandas o sanciones debido al desconocimiento de los lineamientos en la radicación y distribución PQRS y a las respuestas extemporáneas.***

a. La Subdirección informa que la actualización del procedimiento de la Ventanilla Única se encuentra pendiente de aprobación, y anexa el documento propuesto (Versión 01 del 11/09/2026), cuyo control de documentos no registra fecha de aprobación. No obstante, se verificó que la Entidad cuenta con el procedimiento vigente PM.08-PD01 "Procedimiento de Gestión de Solicitudes Ciudadanas", Versión 02, aprobado el 20/12/2023.

   Este procedimiento define los términos de respuesta por tipología de solicitud, los canales de recepción y los responsables de cada etapa:
   - Quien recibe y registra la solicitud: Profesional asignado de Atención al Ciudadano,
   - Quien clasifica y asigna: Profesional Administrador del módulo,
   - Quien proyecta la respuesta y cierra la solicitud: Servidor público responsable asignado.

   En consecuencia, la debilidad de control no radica en la inexistencia del procedimiento sino en lo siguiente:
   - El procedimiento no ha sido actualizado desde 2023.
   - Presenta inconsistencias de codificación y, aunque fija los términos de respuesta por tipología de solicitud, su marco normativo no incluye la Ley 1755 de 2015 ni la Ley 594 de 2000.
   - No desarrolla la ruta de radicación de comunicaciones oficiales.

b. La Subdirección señala como mecanismo de control y seguimiento el informe mensual que presenta la Ventanilla Única. Sin embargo, el procedimiento vigente PM.08-PD01 ya establece controles específicos para esta etapa, como lo son el registro diario en el módulo GSC de todas las solicitudes recibidas por correo; un plazo de dos (2) días para clasificar y asignar la solicitud después de su radicación; la asignación de un único responsable; y un plazo de dos (2) días para que el servidor asignado valide si la solicitud es de su competencia.

   El sistema GSC cuenta además con alertas visuales de solicitudes vencidas y próximas a vencer. La Subdirección no hace referencia a estos controles ni aporta evidencia de su aplicación durante 2026; por el contrario, el informe de ventanilla única del primer semestre de 2026 evidencia peticiones asignadas simultáneamente a varias dependencias, reasignaciones por errores de asignación y peticiones que no son competencia de la Entidad, lo que indica que los controles definidos no están operando de manera efectiva. En cuanto a las actividades de verificación de competencia, seguimiento semanal y alertas tempranas del procedimiento propuesto, no existe evidencia de que se encuentren en operación, dado que el documento no ha sido actualizado, lo que representa un riesgo de incumplimiento de los términos de respuesta.

c. La Subdirección señala que el procedimiento propuesto plantea tres indicadores para evaluar el desempeño de la Ventanilla Única (oportunidad en la respuesta, incumplimiento en la respuesta y carga operativa por dependencia); sin embargo, al tratarse de un documento no aprobado, estos indicadores no se encuentran institucionalizados ni se aportó evidencia de su aplicación sobre los datos reales de 2026.

   Por su parte, el procedimiento vigente PM.08-PD01 establece los términos de respuesta por tipología de solicitud, que coinciden con los previstos en la Ley 1755 de 2015, aunque esta norma no figura en su marco normativo. También exige registrar en el software GSC la gestión realizada y los anexos de respuesta, y solicitar la prórroga en el sistema antes del vencimiento del término, sin exceder el doble del plazo inicial. No obstante, el procedimiento no contempla indicadores ni un control periódico de verificación de términos. Además, el control de los términos depende del sistema GSC, cuya trazabilidad presenta deficiencias, toda vez que las respuestas cargadas no modifican el estado de las peticiones y ha sido necesario cerrarlas manualmente. En consecuencia, la Entidad no cuenta con un mecanismo confiable que permita verificar y garantizar el cumplimiento oportuno de los términos legales.

d. El equipo auditor verificó la existencia de respuestas extemporáneas, vencimiento de términos y dificultades en la distribución de las PQRS durante 2026; situación confirmada por la Subdirección en el informe de ventanilla única con corte a 30 de agosto de 2026, que analiza estas situaciones por dependencia. Se observa que la respuesta no indica de manera expresa las causas identificadas ni las acciones concretas adelantadas para prevenir su recurrencia.

   Estas situaciones reflejan el incumplimiento de lo dispuesto en el procedimiento vigente PM.08-PD01, en particular los plazos de clasificación, asignación y validación de competencia y el trámite prioritario de las solicitudes que involucran a menores y otros sujetos de especial protección. El informe del primer semestre de 2026 ya advertía sobre causas como la asignación errada de peticiones, la radicación de solicitudes que no son competencia de la Entidad y las fallas del sistema GSC, sin embargo, no se evidencian acciones correctivas adoptadas frente a ellas.

   Durante el periodo auditado se radicaron 1.455 PQRSD, de las cuales solo el 71,5 % (1.041) fue atendido dentro de los términos legales. El 25,7 % (374) recibió respuesta extemporánea y el 2,8 % (40) aún no ha sido respondido, de modo que el 28,5 % de las solicitudes (414) incumplió los términos establecidos, este incumplimiento se concentra principalmente en dos dependencias, que en conjunto acumulan el 61,5 % de las respuestas extemporáneas. La Subdirección Técnica, con la mayor carga

de solicitudes (502), respondió oportunamente solo el 59,2 % y registró 194 respuestas extemporáneas, en la Oficina Jurídica, la mitad de las respuestas (50,7 %, 36 de 71) se emitió fuera de término, por su parte, la Dirección presenta el mayor número de solicitudes sin respuesta (14). Se identificaron además 5 radicados sin dependencia asignada, ninguno de los cuales ha sido atendido.

Hay además 556 trámites que ya tienen respuesta, pero siguen abiertos en el sistema de correspondencia. En conjunto, esto indica que el control sobre términos y trazabilidad de las PQRSD no está operando de forma efectiva.

A manera de conclusión, el equipo auditor evidenció lo siguiente:

- La entidad cuenta con el procedimiento PM.08-PD01 "Gestión de Solicitudes Ciudadanas", versión 02 de diciembre de 2023, que no ha sido actualizado. El documento omite normas esenciales como la Ley 1755 de 2015 y la Ley 594 de 2000, además, registra una dirección institucional errada.
- No se informó dónde está alojado el aplicativo, quién administra la base de datos ni cómo se realizan las copias de seguridad. El aplicativo opera bajo un dominio .info y no bajo el dominio institucional .gov.co. Todo esto genera una dependencia tecnológica crítica y riesgo de pérdida de información.
- Los mecanismos informados son las alertas visuales del sistema, un informe mensual del Secretario Ejecutivo y un reporte semanal a los Subdirectores. Ninguno de ellos está incorporado en el procedimiento ni cuenta con evidencia de su ejecución en 2026, y las alertas no tienen un responsable de actuar frente a ellas. En la información aportada se observan 29 solicitudes vencidas y 32 por vencer sobre 140 radicados.
- Respecto a la trazabilidad de las peticiones, se concluye que las respuestas cargadas no cambian el estado de la petición; según el informe semestral de la Subdirección, fueron cerradas manualmente entre 310 y 356 peticiones que el sistema sigue reportando como asignadas; un administrador puede cerrar peticiones meses después de respondidas, sin adjuntar la respuesta ni la constancia de notificación. En consecuencia, la entidad no cuenta con estadísticas confiables de PQRSD. No se aplican las Tablas de Retención Documental ni se conforman expedientes electrónicos de las PQRSD.

2. Riesgo: *Posibilidad de Pérdida económica y reputacional debido al daño o pérdida de documentos (archivo de gestión y/o archivo central)*

a. La Subdirección relacionó seis (6) inventarios documentales activos del archivo de gestión: FUID contratos Jurídica 2023, FUID contratos Jurídica 2024, FUID contratación 2025, FUID historias laborales, FUID Tesorería 2025 y FUID Tesorería 2026. Verificada esta información, la Oficina de Control Interno constató que los Formatos Únicos de Inventario Documental programados fueron elaborados dentro de los plazos previstos. En consecuencia, no se evidenció atraso en su elaboración y no se requiere un cronograma adicional para su ejecución.

b. La ejecución de la labor de archivo y gestión documental recae sobre personal externo vinculado por prestación de servicios, a corte de la auditoria cinco (5) contratistas y una (1) funcionaria de planta. Las funciones descritas en los objetos y obligaciones específicas de los cinco contratos son afines con las funciones esenciales No. 6 y con el numeral de “gestión documental” del Manual de funciones del auxiliar administrativo; es decir, la labor de archivo está cubierta con contratistas y un funcionario de planta, lo que mantiene el riesgo de discontinuidad si un contrato vence sin reemplazo oportuno.

c. No existe una línea presupuestal específica y centralizada para gestión documental - FUID dentro del presupuesto del Instituto; en su lugar, el gasto se distribuye entre distintos CDP asociados a contratos individuales de prestación de servicios, cada uno con su propio objeto contractual y, en algunos casos, ligado a proyectos de inversión distintos.

d. El equipo auditor verificó que el proceso de Gestión Documental identificó el riesgo de daño documental

asociado a la presencia de roedores en el depósito del Velódromo y a la ausencia de sistema contra incendios, ventilación y medidores ambientales en el Archivo Central del Coliseo Bicentenario, situación soportada en el informe de Positiva ARL. Frente a ello, el proceso capacitó al personal en riesgo biológico, solicitó estantería para los archivos de la Oficina Jurídica y formuló un plan de acción conforme a las recomendaciones del FURAG, sin que se evidenciara pérdida o deterioro de documentos atribuible a estas condiciones. No obstante, la limpieza especializada y la adecuación de la infraestructura siguen pendientes por falta de asignación de recursos, por lo que el riesgo persistirá mientras no se ejecuten estas acciones.

3. Riesgo: *Pérdida de reputacional y económica por desorganización Archivos de Gestión.*

a. El INDERBU cuenta con mecanismos de control y seguimiento implementados durante 2026 para la organización, clasificación y conservación de los documentos de los archivos de gestión, articulados en el PINAR, el PGD y el SIC, con evidencia verificable de ejecución, es decir, capacitaciones, inspecciones técnicas, saneamiento ambiental, monitoreo de condiciones ambientales y procedimientos estandarizados de manejo documental.

   Sin embargo, la Oficina de Control Interno evidenció expedientes incompletos, principalmente de vigencias antiguas. Según lo informado por la Subdirección, la causa es la falta de documentos o de firmas del funcionario o contratista que gestionó el trámite original, y esta es también la principal razón del atraso en las transferencias documentales. Frente a ello, la Subdirección reporta como acciones la anotación de las novedades en el campo de observaciones del FUID, el requerimiento formal al responsable y la consulta de documentos públicos en el SECOP. Adicionalmente, en la matriz de seguimiento del PINAR varias metas de organización y conservación documental registran 0 % de avance, lo que la Subdirección atribuye a la falta de recurso humano y de dotación. En consecuencia, el riesgo de expedientes incompletos y de dificultades para localizar la información se mantiene, y los controles existentes no han sido suficientes para mitigarlo.

b. De las tres (3) transferencias documentales primarias programadas para la vigencia 2026, las tres (3) fueron ejecutadas en su totalidad, quedando formalizadas mediante las respectivas actas de transferencia documental con su correspondiente Formato Único de Inventario Documental (FUID): Subdirección Administrativa y Financiera – Tesorería, vigencia 2022, Subdirección Administrativa y Financiera – Tesorería, vigencia 2023, ejecutada el 17 de junio de 2026, Oficina Jurídica – Reconocimientos a Clubes Deportivos, con documentación hasta 2008. De manera complementaria, la entidad tiene programadas tres transferencias adicionales para el cierre de la vigencia 2026: Oficina Jurídica 2024, Oficina Jurídica 2023 y Subdirección Administrativa y Financiera – Tesorería 2020-2021), con lo cual se completaría el ciclo de transferencias primarias previsto para el año.

c. Como resultado del seguimiento realizado a la organización de los archivos de gestión y al proceso de transferencias documentales, se implementó como acción de mejora el requerimiento formal y documentado a las dependencias productoras para la subsanación de faltantes detectados antes o durante la transferencia, en lugar de recibir los expedientes incompletos sin gestión posterior. El mecanismo de requerimiento formal a las dependencias productoras resultó efectivo, como quiera que se recuperaron los Estados Financieros faltantes de la vigencia 2023.

- **<u>PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL</u>**

1. El Plan Institucional de Archivos (PINAR), en el componente de conservación documental, establece la realización de dos (2) jornadas de fumigación de los depósitos de archivo de gestión y central durante la vigencia 2026, como medida preventiva frente al deterioro por agentes biológicos, en concordancia con las recomendaciones derivadas del FURAG. A corte del periodo evaluado, se evidencia el cumplimiento parcial de la meta, de las dos (2) fumigaciones programadas, se ejecutó una (1), correspondiente a la jornada realizada los días 16 y 17 de marzo de 2026, la segunda

fumigación, prevista para el segundo semestre de 2026, no se ha ejecutado a la fecha de corte.

2. Durante la vigencia 2026, el proceso de Gestión Documental adelantó la actualización pendiente de la base de datos NAS correspondiente a los contratos No. 398 al 401, mediante la revisión de la información publicada en SECOP, la descarga y verificación de integridad de los nuevos documentos contractuales, su organización conforme a la estructura institucional y su cargue en las carpetas respectivas del NAS. Como soporte se anexaron capturas de pantalla de las carpetas actualizadas en el NAS y de las actas de inicio, que permiten verificar la correspondencia entre las fechas de los documentos y el periodo evaluado. Se destaca que, a corte del 30 de agosto de 2026, los contratos vigencia 2026 se encuentran actualizados.

3. Frente a la actividad de diagnóstico integral de archivos digitales, que registra un avance del 0% en el corte reportado, se han adoptado las medidas de elaboración de un manual para la gestión de archivos digitales y el seguimiento a empresas licitantes para la adopción de un sistema de documentación digital. Si bien la respuesta entregada indica formalmente las medidas adoptadas, resulta incompleta frente a la evidencia disponible, la cual demuestra un avance técnico significativo que contradice el reporte de 0% de avance. Se recomienda ajustar tanto el reporte de porcentaje de cumplimiento, incorporando el cronograma y los responsables ya definidos, de manera que refleje la gestión adelantada.

4. A la fecha de corte, la entidad no cuenta con personal auxiliar de archivo asignado de manera específica al levantamiento del Inventario en Estado Natural. El talento humano contratista actualmente vinculado al proceso se encuentra concentrado en la organización de los archivos de gestión, motivo por el cual el avance reportado (36 de 200 metros lineales proyectados para la vigencia, equivalente al 18%) ha sido ejecutado prácticamente por un profesional de archivo. La Subdirección indica que lo anterior, impide a la fecha establecer un cronograma formal y verificable para la entrega de los avances pendientes, no obstante, se destaca que la actividad se encuentra identificada como una necesidad prioritaria dentro de las recomendaciones formuladas recientemente por el FURAG, en el marco del fortalecimiento del proceso de gestión documental de la entidad.

   Se sugiere a la Subdirección Administrativa y Financiera gestionar la asignación de personal auxiliar de archivo dedicado de manera específica al levantamiento del Inventario en Estado Natural. Con base en ese recurso, conviene formular un cronograma que distribuya los 164 metros lineales pendientes frente a la meta de 200 metros proyectada para la vigencia, con fechas, responsables y avances mensuales verificables. Si la meta no puede cumplirse en la vigencia 2026, se recomienda ajustarla formalmente en el PINAR con la debida justificación.

5. Frente al avance del 10% en la organización de documentos en la NAS, se han adelantado dos acciones concretas, el registro y digitalización de 19 historias laborales de funcionarios del INDERBU, garantizando su adecuada clasificación, identificación y conservación conforme a los lineamientos de gestión documental; y la organización de los documentos de la Oficina Asesora Jurídica en la NAS, correspondientes a cuatro años, de acuerdo con las Tablas de Retención Documental vigentes. La respuesta evidencia acciones concretas y técnicamente soportadas en dos de los procesos que integran la meta de organización de documentos en la NAS; sin embargo, resulta insuficiente para determinar si se superó el avance del 10% reportado previamente, al no cuantificar el progreso frente a la meta total de diez (10) procesos ni identificar el estado de los procesos pendientes.

   Con el fin de subsanar la debilidad identificada en el seguimiento a la organización de documentos en la NAS y garantizar que los reportes de avance sean verificables, se recomienda al proceso de Gestión Documental elaborar una matriz de seguimiento que identifique individualmente los diez (10) procesos proyectados, con su estado. Asimismo, se recomienda definir un cronograma de cierre con fechas y responsables para los procesos pendientes, articulado con el cierre de la vigencia 2026.

- **PTEP**

1. La Subdirección no identifica situaciones puntuales de documentos faltantes, desactualizados o de difícil localización asociados a la información publicada en el marco del PTEP 2026; se enfoca en describir los mecanismos de control y el estado de los instrumentos archivísticos, sin embargo, no desarrolló un apartado específico de casos concretos sobre este punto.

2. La Subdirección en el informe allegado describe dos niveles de mecanismos de control, así:

   - En esquema de líneas de defensa, donde la primera línea, es decir, todos los procesos, monitorea sus actividades y mapas de riesgo; la segunda línea, es decir, las Subdirecciones, consolida y hace seguimiento semestral al Plan de Transición; y la tercera línea, es decir, Control Interno, verifica el cumplimiento y la publicación oportuna del seguimiento; y
   - La articulación con los instrumentos archivísticos institucionales - PINAR, PGD y SIC -, que orientan, regulan y garantizan respectivamente la disponibilidad, trazabilidad y conservación de la evidencia documental del PTEP. Operativamente, el control depende de que cada proceso remita oportunamente sus soportes a Gestión Documental para su organización y conservación.

- **PLAN DE ACCIÓN MIPG**

1. La Oficina de Control Interno observa que la matriz de seguimiento al PINAR aportada como soporte no registra resultados en más del 95 % de las metas planificadas para el periodo y presenta diferencias entre el logro acumulado y los resultados mensuales. Esto impide establecer con certeza el avance del plan y las acciones adoptadas, y podría afectar la toma de decisiones y la rendición de información ante las instancias de seguimiento institucional. Por ello, se sugiere al proceso de Gestión Documental actualizar periódicamente la matriz, registrando los resultados mensuales de cada meta con su soporte, verificar la coherencia entre estos y el logro acumulado, y acompañar cada reporte de una breve descripción de las acciones adelantadas y de las causas de los rezagos.

2. La Oficina de Control Interno observa que el Sistema Integrado de Conservación (SIC) presenta una implementación parcial y desigual. El Plan de Conservación Documental registra avances, aunque mantiene pendientes actividades relacionadas con las condiciones de los depósitos de archivo. El Plan de Preservación Digital presenta rezago, en especial en la adquisición del SGDEA. Se sugiere al proceso de Gestión Documental reportar por separado el avance de cada componente y priorizar las actividades rezagadas mediante un cronograma con fechas y responsables definidos.

3. La Oficina de Control Interno evidenció avances del proceso de Gestión Documental durante el periodo evaluado: la actualización de los instrumentos de acceso a la información (F32, F31 y F22), la formalización de tres procedimientos con sus flujogramas (actualización de TRD, eliminación documental y revisión de archivo por entrega de puesto) y el inicio de la actualización de las TRD mediante un proyecto 2026-2027, cuyo Cuadro de Clasificación Documental cubre por ahora la Dirección General y la Oficina Jurídica. Sin embargo, los cuatro instrumentos adicionales proyectados para el cierre de 2026, entre ellos las TVD, el SGDE y los Cuadros de Control de Acceso, carecen de cronograma, responsables y fechas, lo que pone en riesgo el cumplimiento de la meta en la vigencia. Por ello, se sugiere reportar el avance de las TRD en términos cuantificables, indicando las dependencias clasificadas frente al total de la entidad, y formular un cronograma con actividades, fechas y responsables para los instrumentos pendientes antes de finalizar 2026.

4. La Subdirección indica que se han desarrollado capacitaciones en materia de conservación documental, divulgadas mediante correo institucional y cartelera de anuncios, y reconoce una baja afluencia de contratistas y funcionarios, frente a lo cual prevé nuevas estrategias de convocatoria.

4.3. AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS

- **Mapa de riesgos**

La Oficina de Control Interno adelantó auditoría al proceso de Gestión de las Tecnologías, con el fin de verificar la aplicación y efectividad de los controles diseñados para mitigar los riesgos asociados a dicho proceso. Para tal efecto, se tuvo en cuenta como referencia el mapa de riesgos institucional vigente y se analizan los controles a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera, así como las evidencias que soportan su ejecución durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026.

1. ***Riesgo: Pérdida económica y reputacional debido a ataques cibernéticos externos y errores de configuración.***

a. En los dos seguimientos realizados por la Subdirección en 2026 no se registraron ataques exitosos ni accesos no autorizados a la infraestructura web institucional. El servicio de Seguridad Gestionada de Telefónica Colombia, el firewall FW-INDEBUR y la herramienta Wordfence bloquearon preventivamente los intentos sospechosos. En enero se bloquearon 17 direcciones IP y se rechazaron 4.175.641 peticiones (2,06 TB de tráfico); en junio se bloquearon 46 intentos provenientes de 2 direcciones IP y se rechazaron 1.258.753 peticiones (cerca de 2,16 TB). En consecuencia, la protección perimetral operó de manera efectiva y no se materializaron incidentes en los periodos soportados. No obstante, este resultado se limita al control perimetral: como se expone en el Plan de Acción MIPG, el portal web presenta vulnerabilidades pendientes de corrección.

b. Se llevó a cabo una verificación física del antivirus en 59 equipos distribuidos en las sedes administrativas y los 14 escenarios deportivos, las actas están en un formato institucional, identificando los equipos por inventario; el firewall perimetral está bajo un servicio de seguridad gestionada que entrega reportes mensuales de desempeño, filtrado web y amenazas, con actualización de firmware.

c. El proceso de gestión de las tecnologías informó que INDERBU cuenta con cuatro mecanismos de monitoreo y control:
   - El servicio de Seguridad Gestionada de Telefónica Colombia sobre el firewall perimetral FW-INDEBUR, con reportes mensuales de tráfico, recursos y controles web aplicados.
   - La herramienta Wordfence en el sitio web inderbu.gov.co, que en junio de 2026 bloqueó automáticamente 46 intentos de acceso sospechosos.
   - El mantenimiento preventivo anual del firewall, solicitado formalmente mediante el formato RFC-RFS.
   - La verificación en sitio del estado del antivirus mediante actas de visita técnica.

El INDERBU cuenta con controles técnicos adecuados para identificar y bloquear ataques externos, como el firewall con seguridad gestionada y Wordfence.

2. **Riesgo:** ***Pérdida reputacional y económica por accesos indebidos a información confidencial de la institución.***

a. El equipo auditor evidenció avances en el control de accesos a la NAS institucional. Se cuenta con un inventario de 54 usuarios, permisos diferenciados por carpeta y fechas de caducidad para los contratistas, verificados en dos seguimientos de la vigencia. Sin embargo, el control presenta debilidades tanto en su diseño como en su ejecución. En el diseño, no está formalizado en un procedimiento que defina quién autoriza, modifica y revoca los permisos, como se expone más adelante. En la ejecución, las recomendaciones del informe técnico del área de Sistemas siguen pendientes desde la primera entrega, y el seguimiento se limita a la vigencia de los usuarios, sin revisar los accesos realizados ni la pertinencia de los permisos. Por ello, se recomienda formalizar la

revocación de accesos, validar los permisos con cada dependencia y revisar periódicamente los registros de actividad de la NAS.

b. La NAS institucional cuenta con controles de acceso diferenciados por usuario y carpeta, trazabilidad de permisos y monitoreo del área de sistemas, soportados en el informe técnico y la matriz de accesos del segundo cuatrimestre; la alta rotación de contratistas (35 de 54 usuarios) se gestiona con la caducidad de accesos según la vigencia contractual y una verificación cuatrimestral. No obstante, la NAS no tiene backup ni redundancia de hardware, sufrió recientemente un daño físico por un apagón que obligó a reemplazar el adaptador de corriente y el disco de caché M.2, y uno de los soportes la muestra en estado de advertencia. Esta debilidad expone a la Entidad a la pérdida de información sensible como contractual y jurídica, y se agrava porque no existe un cronograma para el respaldo o la adquisición del sistema de backup, apartándose de la política de Seguridad Digital del MIPG. Se recomienda gestionar de manera prioritaria la adquisición de un sistema de respaldo y, mientras tanto, realizar copias periódicas en medios alternos y contar con un sistema de alimentación ininterrumpida y con repuestos críticos.

c. Se concluye que la entidad no cuenta con un procedimiento formal para autorizar, modificar y revocar los permisos de acceso a la NAS. La gestión se basa en actualizar un formato y en fechas de caducidad para los contratistas, sin responsables de autorización definidos, sin obligación de las dependencias de reportar las novedades de personal y sin evidencia de revocaciones efectivas ni de la aplicación automática de la caducidad. Se recomienda formalizar el procedimiento de gestión de accesos y fortalecer las medidas de respaldo de la información.

3. Riesgo: *Pérdida reputacional y económica por fallos en equipos (discos, servidores, estaciones de trabajo) que pueden interrumpir operaciones y causar pérdidas de datos.*

El proceso de Gestión de las Tecnologías cuenta con un inventario tecnológico y dos diagnósticos sobre la antigüedad del hardware y las dependencias que manejan información sensible. Sin embargo, el inventario presenta inconsistencias en ubicaciones, seriales y responsables, y los diagnósticos no incluyen los servidores ni la NAS. Se verificaron mantenimientos preventivos a seis equipos de Tesorería y de la Subdirección Administrativa y Financiera, documentados con fichas técnicas firmadas.
Se recomienda depurar el inventario, incluir los servidores y la NAS en el diagnóstico, y formular un plan de renovación tecnológica articulado con el presupuesto que priorice los treinta y cinco (35) equipos con Windows 10. También se recomienda implementar copias de respaldo en los equipos con información crítica.

4. Riesgo: *Pérdida reputacional por daño, afectación o beneficio propio o de terceros de los elementos tecnológicos de la entidad.*

La Subdirección realizó visitas en la mayoría de las dependencias y escenarios de la entidad, con actas firmadas que identifican los equipos por placa de inventario. Sin embargo, estas visitas tuvieron como propósito principal la revisión del antivirus, no cubrieron la totalidad de los bienes informáticos y no reportaron todas las novedades existentes. Para fortalecer este control frente al riesgo de daño o uso indebido de los elementos tecnológicos, se sugiere realizar verificaciones completas y periódicas del inventario, documentar las novedades y sus acciones correctivas, y mantener depurado el inventario tecnológico.

- **PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL**

1. El PETIC se encuentra actualizado y aprobado, el cual definió el alcance de los seguimientos previstos, incluidos las actividades estratégicas, la ejecución presupuestal, los proyectos de inversión y los servicios tecnológicos. Para asegurar un seguimiento efectivo del plan, se sugiere reprogramar los dos seguimientos con fechas de corte diferenciadas que cubran todo el semestre, establecer un cronograma

con responsables identificados e instancias de revisión, y complementar el PETIC con metas e indicadores medibles que permitan evaluar objetivamente su cumplimiento.

2. La Subdirección estableció un cronograma general para culminar el segundo seguimiento al PESI y para socializar y medir la apropiación de la Política de Seguridad y Privacidad de la Información durante el último trimestre de 2026. Para fortalecer este control, se sugiere documentar el PESI con metas e indicadores medibles y conservar los informes de seguimiento con las acciones que de ellos se deriven. También se recomienda precisar las fechas, los responsables y los mecanismos de socialización de la política, y verificar que las acciones reportadas estén soportadas con evidencias.

- **PTEP**

1. La Subdirección remite los anexos Reporte de Cumplimiento ITA 2026 y Matriz Detallada, en los cuales se evidencia que durante la vigencia 2026 el INDERBU revisó los resultados y observaciones de la Matriz ITA 2025 para corregir los aspectos señalados por la Procuraduría General de la Nación y verificó ítem por ítem la matriz con el enlace o soporte de cada criterio. Posteriormente validó la información en mesas de trabajo con la Dirección General y la Oficina de Control Interno y la diligenció en el aplicativo de la Procuraduría dentro del plazo establecido. Finalmente, comunicó el envío por correo interno a las dependencias involucradas y se publicó en la página web el certificado de diligenciamiento.

2. El equipo auditor concluye que el INDERBU mantiene publicados en el portal datos.gov.co tres conjuntos de datos abiertos asociados a sus procesos misionales y de atención al ciudadano, lo que aporta a la transparencia de la información pública. Para fortalecer este control, se sugiere documentar la periodicidad de actualización, los responsables y los criterios de calidad de cada conjunto y dejar registro de las actualizaciones y revisiones realizadas.

- **PLAN DE ACCIÓN MIPG**

1. Durante la vigencia 2026, el INDERBU realizó tres sesiones de socialización sobre la Política de Gobierno Digital, en las cuales desarrollaron los componentes de la política TIC para el Estado y TIC para la Sociedad, el PETIC 2024-2027, la Política de Seguridad y Privacidad de la Información y el marco normativo aplicable. A efecto de llevar a cabo la verificación de participantes utilizaron las listas de asistencia en el formato institucional PA.08-F019, el registro fotográfico de las sesiones y el material de presentación.

2. A la fecha, el área de sistemas no ha hecho la revisión del inventario de activos de información de la infraestructura tecnológica, ni el diagnóstico inicial (Fase 1) para adoptar IPv6, el nuevo sistema de direcciones de internet que el Gobierno exige a las entidades públicas. Según el área, ambos trabajos están "en proceso de estructuración". Como avance, presentó el inventario de equipos con corte al 30 de agosto de 2026, y el equipo auditor confirmó que los 72 computadores de la entidad ya están preparados para IPv6 (35 con Windows 10 Pro, 36 con Windows 11 Pro y 1 con macOS). Sin embargo, falta revisar la red de internet de la entidad, por lo que el área se comprometió a completar el inventario y a presentar el plan de diagnóstico de IPv6 antes de terminar el año 2026.

3. En 2026 la revisión de seguridad se limitó al portal web inderbu.gov.co.; en marzo se detectó que funcionaba con una versión de PHP sin soporte, 10 alertas críticas y 6 complementos desactualizados; el área de sistemas actualizó PHP a la versión 8.1, aplicó un parche de seguridad y actualizó 2 complementos. Aún falta pasar a PHP 8.3 (la 8.1 ya no tiene soporte), resolver las alertas críticas, eliminar complementos sin uso y hacer la revisión de junio. Tampoco se revisaron la Sede Electrónica ni otros servicios en internet, por lo que se sugiere ampliar y hacer más frecuentes estas revisiones y terminar las correcciones pendientes.

4. A la fecha no se han realizado pruebas a las copias de seguridad de los aplicativos institucionales, por

lo que no es posible garantizar la recuperación y disponibilidad de la información ante un eventual ataque de ransomware. Las copias evidenciadas corresponden a cinco respaldos de archivos de usuarios de Tesorería y de la Subdirección Administrativa y Financiera, hechos a solicitud entre mayo y junio de 2026. Estos respaldos no cubren los aplicativos institucionales, no tienen una periodicidad definida y no registran su lugar de almacenamiento ni su protección frente a este tipo de amenazas. Por lo anterior, como se expuso anteriormente, se sugiere implementar un esquema programado de copias de seguridad de los aplicativos y de la NAS, con copias aisladas de la red institucional, y formalizar el protocolo de pruebas periódicas de restauración que el proceso se encuentra estructurando.

4.4. AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO DE GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS

- **Mapa de riesgos**

El equipo auditor realizó la revisión documental de las respuestas suministradas, respecto a tres (3) riesgos incluidos en el mapa de riesgos institucional, así:

1. ***Riesgo: Pérdida económica y reputacional por la falta de control en la recepción de los Bienes Muebles y Enseres – Consumibles.***

El equipo auditor solicitó los resultados del seguimiento al registro de entradas de bienes en el módulo de inventarios ECO GD. La Subdirección informó que las compras de junio y agosto de 2026 se verificaron contra la factura y la ficha técnica sin presentar diferencias, y anexó como soporte las entradas de almacén 26-00002 a 26-00009 con sus facturas y otros documentos; sin embargo, estos no evidencian un seguimiento documentado ni acciones correctivas. En la verificación, el equipo auditor confirmó que el valor total de las ocho entradas coincide con sus facturas, y que los ocho muebles de la entrada 26-00006 ($9.900.000,02) fueron incorporados con placa, asignados a Casas de Juventud y registrados en la cuenta contable 16650101.

No obstante, contrario a lo informado por la Subdirección, se encontraron diferencias: en las facturas FEV-7342, FEV-7346 y F388 se ajustaron manualmente valores unitarios para cuadrar los totales sin soporte formal; se registraron especificaciones distintas a las facturadas en celulares, hipoclorito de calcio, cable de cobre y guantes; la entrada 26-00005 registra el número de la orden de compra en lugar del de la factura, y el catálogo usa un mismo código para artículos distintos y códigos diferentes para un mismo artículo. Se recomienda implementar actas de recibo firmadas por el almacenista y el supervisor del contrato, que verifiquen cantidades y especificaciones antes del registro en ECO GD, y depurar la codificación del catálogo de artículos.

2. ***Riesgo: Pérdida económica por diferencias tanto en físico y digital que se registran a la hora de llegada de los bienes muebles, enseres y de consumo en el Sistema ECO GD.***

La Subdirección informó que durante la vigencia controló los inventarios del Sistema ECO GD mediante tomas físicas a los 19 funcionarios, firmadas por cada responsable, y que los bienes muebles adquiridos en el cuatrimestre se registraron en la cuenta de Propiedad, Planta y Equipo – Muebles y Enseres; como soporte anexó los 19 inventarios individuales y el comprobante de contabilidad. El equipo auditor verificó que entre enero y abril de 2026 el Almacén General realizó la toma física por funcionario a partir del listado de inventario generado en ECO GD, con el detalle de cada bien, marcas de verificación, firmas de la Almacenista General y de cada funcionario, y constancia de actualización en el sistema. Las diferencias anotadas se refieren principalmente a la ubicación de los bienes, como elementos asignados a un funcionario que estaban en otra oficina o en la bodega de archivadores.

3. Riesgo: Pérdida económica por no tener incluidos todos los bienes muebles e inmuebles de la entidad en el contrato de seguro.

Los bienes del INDERBU contaban con pólizas vigentes hasta el 5 de mayo de 2026, y desde febrero se adelantó el proceso para contratar las cinco pólizas requeridas. El equipo auditor verificó que, mediante el proceso SA-MC-01-2026, adjudicado a La Previsora S.A. por la Resolución No. 054 del 30 de abril de 2026 por $155.156.472 (Contrato No. 399), la entidad contrató su programa de seguros del 5 de mayo de 2026 al 5 de mayo de 2027, sin interrupción de la cobertura. El programa incluye las pólizas de Daños Materiales Combinados ($14.049.637.215), Manejo Global, Responsabilidad Civil Extracontractual, Responsabilidad Civil Servidores Públicos y Vida Grupo. La póliza de daños es de tipo todo riesgo, ampara los bienes del velódromo, el parque extremo, el Coliseo Bicentenario y los parques recreativos, cubre bienes futuros hasta por $2.000.000.000, incluye automáticamente bienes nuevos o no informados por error, y aplica un sistema flotante para las mercancías de almacén, lo que asegura la protección de los bienes durante toda la vigencia.

- **PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL**

1. La Subdirección informó que las actualizaciones del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) de abril, mayo y junio de 2026 se reportaron al área de Sistemas para su publicación, y el equipo auditor verificó que estas versiones, junto con las de los demás meses de la vigencia (incluidos julio y agosto), están publicadas en el sitio web institucional (https://inderbu.gov.co/planes-institucionales/). Sin embargo, las publicaciones no permiten establecer la fecha en que cada actualización fue reportada y publicada, por lo que se recomienda conservar evidencia del reporte mensual al área de Sistemas (correo u oficio) y de la fecha de publicación en SECOP II, para demostrar la oportunidad de las actualizaciones del segundo semestre.

2. Se verificó que las cinco pólizas contratadas con La Previsora S.A. mediante el proceso SA-MC-01-2026 (Contrato No. 399) están vigentes del 5 de mayo de 2026 al 5 de mayo de 2027: Daños Materiales Combinados (No. 1001611), Manejo Global (No. 3000848), Responsabilidad Civil Extracontractual (No. 3000797), Responsabilidad Civil Servidores Públicos (No. 1015959) y Vida Grupo (No. 1001733). Las coberturas corresponden a las necesidades y riesgos que el INDERBU identificó en los estudios previos y en el anexo de condiciones técnicas mínimas; además, la aseguradora amplió varios límites sin cobro adicional. Por último, las pólizas amparan los bienes de los escenarios y sedes del Instituto, a los 19 funcionarios de planta y las actividades misionales.

- **PTEP**

Según lo informado por la Subdirección, el Plan Anual de Adquisiciones 2026 se reportó al área de Sistemas el 30 de enero de 2026 para su publicación, y posteriormente se reportaron las actualizaciones mensuales de febrero a agosto. El equipo auditor verificó que todas las versiones se encuentran publicadas en la página web institucional, en la sección Planes Institucionales, numeral 10 "Plan Anual de Adquisiciones – PAA", con enlace a su publicación en SECOP II. Sin embargo, las publicaciones no permiten establecer la fecha en que cada actualización fue reportada y publicada, por lo que no es posible verificar su oportunidad. Se recomienda conservar evidencia del reporte mensual al área de Sistemas (correo u oficio) y de la fecha de publicación en SECOP II.

4.5. AUDITORIA PROCEDIMIENTOS SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Como resultado de la revisión de veintiún (21) procedimientos de la Subdirección Administrativa y Financiera, correspondientes a los procesos de Gestión de las Tecnologías, Gestión Documental, Gestión

del Talento Humano (subprocesos GETH y SST) y Gestión Financiera, se evidenció que los documentos están desactualizados y conservan la imagen institucional anterior del INDERBU, sin haber sido ajustados el logo ni los lineamientos de identidad visual vigentes. Cabe anotar que la Subdirección no remitió los procedimientos actualizados, razón por la cual esta Oficina verificó la información directamente en el repositorio institucional (NAS). Los procedimientos revisados se relacionan a continuación:

1. **Gestión de las tecnologías**
- Procedimiento para generación de copias de seguridad
- Procedimiento de gestión de incidentes
- Procedimiento seguridad de la información

2. **Gestión documental**
- Procedimiento consulta y préstamo de documentos
- Procedimiento de eliminación documental

3. **Gestión talento humano**

4. **Subproceso GETH**
- Procedimiento selección de funcionarios
- Procedimiento de retiro y/o desvinculación de funcionarios
- Procedimiento administración de historias laborales
- Procedimiento para manejo y declaración de conflicto de intereses

5. **Subproceso SST**
- Procedimiento de compra, selección y evaluación de proveedores y contratistas
- Procedimiento gestión del cambio
- Procedimiento de investigación de accidentes de trabajo
- Procedimiento auditorías internas sg-sst
- Procedimiento de exámenes médicos ocupacionales
- Procedimiento afiliación de contratistas

6. **Gestión financiera**
- Procedimiento para manejo de caja menor
- Procedimiento para certificado de disponibilidad presupuestal cdp
- Procedimiento para elaboración del presupuesto
- Procedimiento para conciliaciones bancarias
- Procedimiento para manejo de libranzas
- Procedimiento control ingreso y salida de equipos de cómputo o electrónicos

Esta situación indica debilidades en el control de la información documentada, pues los procedimientos no reflejan necesariamente la operación actual de las dependencias, la estructura organizacional vigente ni los cambios normativos recientes. El uso de procedimientos desactualizados genera riesgos tales como la ejecución de actividades con lineamientos que no corresponden a la realidad institucional, la pérdida de trazabilidad de las operaciones y la disminución de la efectividad de los controles; además, la coexistencia de formatos con imagen institucional anterior y actual afecta la uniformidad documental de la entidad.

La Oficina de Control Interno exhorta a la Subdirección Administrativa y Financiera, actualizar integralmente los procedimientos auditados, sin limitarse al cambio de imagen institucional, es relevante verificar que las actividades, responsables, normatividad y formatos correspondan a la operación y normativa vigentes. Una vez actualizados, los procedimientos deberán registrarse en el listado maestro de documentos con su nueva versión y fecha, aprobarse y socializarse con los servidores responsables.

4.6. AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La Oficina de Control Interno auditó el proceso de Gestión Administrativa y Financiera para verificar la aplicación y efectividad de los controles diseñados para mitigar sus riesgos, tomando como referencia el mapa de riesgos institucional vigente y analizando los controles a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera y sus evidencias de ejecución entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026.

1. **Riesgo:** ***Posibilidad de pérdida económica por omisión, causación de intereses debido al pago extemporáneo de la seguridad social o inconsistencias en las liquidaciones definitivas.***

En el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Administrativa y Financiera, el equipo auditor evaluó la información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) correspondiente al periodo comprendido entre enero y agosto de 2026. Como resultado, se verificó que la totalidad de los pagos de aportes a seguridad social y parafiscales se efectuó de manera oportuna, dentro de los plazos legales establecidos, por lo que la Entidad no incurrió en intereses de mora ni sanciones durante el periodo auditado. Asimismo, según la certificación expedida por el área de Tesorería, no existen inconsistencias ni novedades pendientes de subsanar en las liquidaciones, lo que evidencia la efectividad de los controles operativos aplicados en este componente.

2. **Riesgo:** ***Posibilidad de pérdida reputacional por diferencias en la liquidación de la nómina, producto novedades extemporáneas reportadas***

En la evaluación del proceso de liquidación de nómina correspondiente al periodo enero–agosto de 2026, el equipo auditor verificó la aplicación de los controles orientados a mitigar el riesgo reputacional asociado a este proceso. Con base en la certificación expedida y en las evidencias de validación previa analizadas, se determinó que los conceptos pagados son consistentes con las liquidaciones y que no se presentaron novedades extraordinarias ni reportes extemporáneos por parte de los servidores. Al no registrarse incidencias ni diferencias en las liquidaciones, no fue necesario diligenciar el formato de reporte de novedades establecido en el listado maestro de documentos. Asimismo, se verificó que los reportes definitivos y sus soportes se encuentran organizados y almacenados en el servidor institucional NAS Synology, lo que facilita su consulta y trazabilidad.

3. **Riesgo:** ***Posibilidad de pérdida económica por la negación del reconocimiento de las incapacidades debido al incumplimiento de los requisitos exigidos por la EPS***

El equipo auditor evaluó el control sobre el recobro y reconocimiento de prestaciones económicas por incapacidades ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el periodo enero–agosto de 2026. La certificación expedida por el área de Tesorería indica que no existen saldos acumulados, transacciones pendientes ni glosas por concepto de incapacidades médicas. Sin embargo, la relación de cartera suministrada por la misma Tesorería registra un saldo de $5.691.147,94 por incapacidades a cargo de Coomeva EPS en liquidación, pendiente desde 2021. Por tanto, la certificación no refleja la totalidad de las partidas por este concepto. En consecuencia, no es posible concluir que el riesgo se encuentre controlado: aunque no se evidenciaron pendientes por incapacidades generadas en 2026, persiste una cuenta por cobrar de vigencias anteriores con recuperación parcial.

4. **Riesgo:** ***Posibilidad de pérdida económica y reputacional por pérdida del toquen generando operaciones financieras no autorizadas sobre las cuentas bancarias de la entidad***

El equipo auditor evaluó el diseño y la implementación de los controles orientados a mitigar los riesgos operacional y reputacional asociados al uso de mecanismos de autenticación bancaria (tokens) durante el

periodo enero–agosto de 2026. Al respecto, el proceso aportó los soportes del almacenamiento físico de los tokens en cajas de seguridad, del uso restringido de las contraseñas de los tokens virtuales y de las actas de entrega individualizadas por número de serie. Asimismo, se verificó el registro de novedades y la trazabilidad de los cambios ante la desvinculación o reasignación de los servidores responsables. Como resultado, se constató que los controles se encuentran formalmente diseñados y documentados, que la Entidad mantiene la segregación de funciones requerida y que los usuarios autorizados en las plataformas bancarias coinciden con los designados en las resoluciones vigentes, lo que reduce el riesgo de accesos no autorizados a las cuentas bancarias de la Entidad.

5. **Riesgo:** ***Posibilidad de pérdida económica y reputacional por la generación de errores al momento de asignación de los rubros y registrar los recursos del presupuesto institucional***

El equipo auditor concluye que el procedimiento de expedición de CDP y RP se encuentra adecuadamente diseñado. El formato oficial de solicitud permite recopilar la información requerida antes de afectar el presupuesto; los vistos buenos de revisión y aprobación previos a la elaboración del documento favorecen la segregación de funciones, y el flujo secuencial del trámite, que culmina con la firma autorizada, reduce la discrecionalidad y el riesgo de error. Estas características son consistentes con los resultados de la muestra, en la que no se identificaron diferencias entre los documentos presupuestales y sus soportes.
No obstante, el procedimiento no contempla la verificación del documento que soporta el compromiso según la naturaleza del gasto (contrato, liquidación de nómina o acto administrativo, según el caso). Esta debilidad se materializó en el registro presupuestal 26-00543, expedido para el pago de viáticos únicamente con base en la liquidación de nómina, sin el acto administrativo que confiriera la comisión (ver hallazgo N.° 4). Por lo anterior, se requiere incorporar un punto de control que verifique dicho soporte antes de expedir el registro presupuestal. Dado que la auditoría no midió los tiempos del trámite, la conclusión se limita al diseño y la aplicación del control.

6. **Riesgo:** ***Posibilidad de pérdida reputacional por la pérdida de documentos presupuestales elaborados, como Registros presupuestales, Certificados de disponibilidad, Liberación de compromisos, etc; o desconocimiento de su entrega por parte de los solicitantes, debido a la falta de control en la entrega y trazabilidad de los mismos*****.**

El equipo auditor evaluó el mecanismo de registro, trazabilidad y custodia de los documentos presupuestales (CDP, RP y liberaciones de compromisos) expedidos entre enero y agosto de 2026.

En cuanto a la custodia, se verificó que los documentos presupuestales del periodo se encuentran cargados y organizados por mes (carpetas de enero a agosto) en el servidor institucional NAS Synology, lo que facilita su consulta y trazabilidad. No obstante, su conservación depende de que se subsane la ausencia de copias de respaldo de la NAS señalada en el hallazgo correspondiente.

En cuanto a la trazabilidad, el área aportó el libro físico utilizado para el control manual de la entrega de los documentos presupuestales. Del cruce realizado, se constató que los registros consignados en el libro son consistentes con la información del sistema financiero; sin embargo, se identificó que algunos CDP y RP expedidos en el periodo no fueron registrados en dicho libro.

El libro físico de control presenta limitaciones como mecanismo de trazabilidad, toda vez que algunas transacciones de CDP y RP no quedan registradas en él, lo que debilita la finalidad del control y expone a la Entidad a la pérdida de trazabilidad o a reclamaciones por desconocimiento de la entrega de los documentos a los solicitantes. Se recomienda evaluar la migración del libro manual a una herramienta digital, preferiblemente integrada al sistema financiero, que permita registrar de manera sistemática la totalidad de los documentos expedidos y dejar evidencia de su entrega.

- **PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL**

1. Conciliaciones bancarias

Las conciliaciones bancarias son una actividad de control interno contable obligatoria, cuyo propósito es verificar la correspondencia entre los saldos y movimientos de las cuentas bancarias registrados en los libros auxiliares de la Entidad y los reportados en los extractos bancarios al cierre de cada mes. El Tesorero entregó formalmente los soportes de las conciliaciones de la totalidad de las cuentas bancarias, y en su revisión integral, el equipo auditor verificó que fueron elaboradas, revisadas y firmadas dentro de los primeros diez (10) días de cada mes, que cuentan con los extractos bancarios, los libros auxiliares y las firmas de los responsables, y que se ajustan a los lineamientos del proceso de Gestión Financiera.

En consecuencia, el control opera de manera eficaz y contribuye a la depuración de la cuenta de Efectivo y Equivalentes al Efectivo, con cumplimiento de la meta del Plan de Acción. No obstante, para evitar que el control dependa de una sola persona, se recomienda designar formalmente un reemplazo para el Tesorero ante ausencias por vacaciones, licencias o incapacidades.

2. Programa Anual de Caja (PAC)

El Programa Anual de Caja (PAC) es el instrumento de programación financiera que define el monto máximo mensual de pagos que puede realizar la Entidad, con el fin de que los gastos no superen la disponibilidad de recursos en tesorería. El equipo auditor revisó la totalidad de los soportes de los seguimientos mensuales del PAC de ingresos y gastos de la vigencia 2026, y verificó, mediante actas de mesas de trabajo y reportes consolidados, que el seguimiento se realizó dentro de los primeros diez (10) días de cada mes. Asimismo, constató mediante enlaces y capturas de pantalla que los informes se publicaron oportunamente en la página web institucional, en cumplimiento de los lineamientos de transparencia y acceso a la información pública.

En consecuencia, el control se ejecuta de manera oportuna y no se formulan observaciones sobre este componente. Como oportunidad de mejora, se sugiere conformar un comité de caja trimestral entre Tesorería, Presupuesto y Planeación, que analice el comportamiento del recaudo real frente a lo programado y permita realizar ajustes preventivos antes de cada cierre.

3. Presupuesto de ingresos y gastos

De acuerdo con las normas de presupuesto público y la Ley 1712 de 2014, el proceso debe realizar seguimiento permanente a la ejecución presupuestal de ingresos y gastos y publicar oportunamente los informes en la página web institucional. El equipo auditor revisó los soportes del periodo enero–agosto de 2026 y verificó la elaboración de los reportes periódicos de ejecución presupuestal, que permiten el control de las apropiaciones, modificaciones, compromisos y obligaciones de la Entidad, así como su publicación en la sección de transparencia de la página web institucional.

En consecuencia, el seguimiento se ejecuta conforme a lo establecido, lo que permite identificar oportunamente posibles desviaciones presupuestales y fortalece la rendición de cuentas, por lo que no se formulan observaciones sobre este componente. Se recomienda mantener el seguimiento durante el último cuatrimestre de la vigencia, con el fin de asegurar la oportunidad del cierre presupuestal, y organizar los informes publicados en la página web por vigencia y periodo, para facilitar su consulta por parte de la ciudadanía y los entes de control.

4. Estados financieros

El control se fundamenta en el Régimen de Contabilidad Pública y en las directrices de la Contaduría

General de la Nación (CGN), que establecen los formatos y plazos para el reporte de la información financiera, así como en la Ley 1712 de 2014, que obliga a las entidades públicas a publicar sus estados financieros en sus canales oficiales. El equipo auditor verificó, mediante las constancias de envío y los reportes de la plataforma, que el INDERBU transmitió los estados financieros a la CGN dentro de las fechas límite establecidas en el calendario oficial, y constató la publicación de los estados financieros, con sus respectivas notas, en la sección de transparencia de la página web institucional.

En consecuencia, la Entidad cumple oportunamente con la obligación de reporte de la información contable ante la CGN y la ciudadanía, lo que reduce el riesgo de sanciones por extemporaneidad y facilita el control social de los recursos, por lo que no se formulan observaciones sobre este componente.

- **REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN PARA LA AUDITORÍA FINANCIERA A LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – VIGENCIA 2026**

La Subdirección Administrativa y Financiera y la Tesorería del INDERBU suministraron oportunamente la información y la documentación requeridas para verificar los procedimientos de presupuesto, tesorería y contabilidad. Con base en ellas, la Oficina de Control Interno evaluó la legalidad del manejo presupuestal y contable y su cumplimiento de la normativa aplicable, conforme a las directrices de auditoría vigentes en la Entidad. El análisis se sustentó en los documentos, registros y evidencias que soportan las operaciones del proceso, y se encuentra debidamente documentado.
Como resultado de la revisión, se determinó que los recursos financieros de la entidad se estructuran en dos componentes principales: por un lado, los gastos de funcionamiento, destinados a cubrir la nómina de personal, contratos de asesoría jurídica y contable, servicios técnico-administrativos y costos operativos generales; por otro lado, los recursos de inversión, orientados al desarrollo de programas sociales, transferencias y servicios comunitarios, así como a la compra de servicios y activos fijos, incluyendo maquinaria y equipo.

Mediante las pruebas de auditoría aplicadas, se identificó que:

- Se realizó el seguimiento a la ejecución presupuestal, tomando como fecha de corte el 30 de agosto de 2026.
- Las evidencias y soportes que respaldan la información financiera se encuentran debidamente organizados y archivados.
- El contador y el tesorero realizan de manera conjunta el cierre del presupuesto con una periodicidad mensual.
- Los procesos de conciliación se ejecutan formalmente cada mes.
- El software financiero cuenta con un mecanismo de control de archivos que impide la duplicidad de registros y garantiza la asignación consecutiva de los documentos expedidos.
- Tras la verificación de los Certificados de Disponibilidad Presupuestal (CDP) y Registros Presupuestales (RP), se constató la correcta asignación del consecutivo respectivo en cada compromiso generado.
- Adicionalmente, se revisó el proceso de liberación de compromisos presupuestales. De acuerdo con la documentación suministrada por presupuesto, se realizaron liberaciones de saldos no ejecutados de contratos, soportadas en las respectivas actas de liquidación. Según lo informado por la Subdirección Administrativa y Financiera, estos saldos se originan principalmente en liquidaciones contractuales por menor valor, terminaciones anticipadas y sobrantes de ejecución. Se liberan mediante el comprobante "Saldar Compromiso PPTAL", con el fin de reintegrar los recursos al presupuesto y dejarlos disponibles para nuevas ejecuciones. Con base en la documentación revisada, se concluye que el procedimiento cumple su propósito de liberar los recursos comprometidos no ejecutados, en concordancia con las disposiciones presupuestales y las directrices internas aplicables.

- Igualmente, se evidenció que, en los procesos de contratación de mayor cuantía, como el contrato de vigilancia No. 751 de 2025, es habitual que un mismo Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) afecte diferentes rubros presupuestales, en atención a que la financiación requerida para respaldar el contrato puede estar integrada por recursos de distinta naturaleza. En este sentido, un mismo proceso contractual puede involucrar simultáneamente recursos destinados a gastos de funcionamiento y recursos correspondientes a inversión.

1. Ejecución presupuestal:

Mediante el Acuerdo Municipal No. 050 del 10 de diciembre de 2025, el Concejo de Bucaramanga fijó el presupuesto general de rentas y gastos para la vigencia fiscal 2026, el cual fue liquidado por el Decreto 0090 del 18 de diciembre de 2025. Este presupuesto incluye la sección del Instituto de la Juventud, el Deporte y la Recreación de Bucaramanga (INDERBU) por $23.110.377.366. A su vez, el INDERBU liquidó su presupuesto de ingresos y gastos para la vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026 mediante la Resolución No. 228 del 30 de diciembre de 2025, con un presupuesto inicial aprobado por el mismo valor, distribuidos así:

NIVEL	DESCRIPCION	VALOR
1	**INGRESOS**	**23,110,377,366.00**
1.1	Ingresos Corrientes	22,670,255,937.00
1.2	Ingresos de Capital	440,121,429.00
	TOTAL PRESUPUESTO INGRESOS	**23,110,377,366.00**

Los gastos de funcionamiento e inversión del Instituto de la Juventud, el Deporte y la Recreación de Bucaramanga – INDERBU, para la vigencia fiscal del 01 de enero al 31 de diciembre del 2026 ascienden a un valor de VEINTITRES MIL CIENTO DIEZ MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS (**23.110.377.366.00**) PESOS MC/TE, distribuidos así:

NIVEL	DESCRIPCION	VALOR
2	**GASTOS**	**23,110,377,366.00**
2.1	Funcionamiento	7,621,095,944.00
2.3	Inversión	15.489,281,422.00
	TOTAL PRESUPUESTO DE GASTOS	**23,110,377,366.00**

2. Modificaciones al presupuesto 2026:

Mediante las Resoluciones No. 060 del 12 de mayo, No. 117 del 27 de mayo y No. 120 del 5 de agosto de 2026, el INDERBU realizó adiciones a su presupuesto inicial por $763.341.039, $1.754.726.365,77 y $3.000.000.000, respectivamente. Las tres modificaron el artículo 2 de la Resolución No. 228 de 2025. En total se adicionaron $5.518.067.404,77, con lo que el presupuesto definitivo asciende a $28.628.444.770,77. Además, mediante las Resoluciones No. 006 del 8 de enero, No. 020 del 10 de febrero, No. 038 del 19 de marzo, No. 052 del 28 de abril y No. 120 del 5 de agosto de 2026, se efectuaron créditos y contracréditos al presupuesto de gastos y al PAC por $520.349.118,20. Estos traslados se respaldaron en actos administrativos que justificaron la modificación y garantizaron la disponibilidad de recursos libres de afectación. Los informes de ejecución presupuestal se reportaron oportunamente a los órganos de control a través de la plataforma CHIP.

Como resultado de la auditoría, Control Interno concluye que la gestión financiera del INDERBU cumple, en general, con la normatividad presupuestal, contable y de tesorería con corte al 30 de agosto de 2026, con excepción de las situaciones descritas en los hallazgos 4 (registro presupuestal sin acto administrativo) y 9 (recaudo y recuperación de cartera). Las modificaciones presupuestales y los reportes en la plataforma CHIP cuentan con soportes adecuados y se presentaron oportunamente.

3. Cuentas por pagar

El INDERBU cumplió de manera oportuna con el reporte de las cuentas por pagar constituidas al cierre del periodo.

Resumen del Estado Financiero (A 30 de agosto de 2026)
- Constitución inicial (Resolución 008/2026): $2.307.482.369,47
- Pagos realizados: $2.164.163.209,47
- Saldo pendiente: $143.319.160,00 *(Desglosado en $29.798.555 de actas de cancelación y $113.520.605 de cuentas por pagar).*

Evaluación del Cumplimiento
- Avance del 93.79%: Es un resultado favorable para el corte de agosto. Demuestra una gestión de tesorería oportuna en el pago de las obligaciones constituidas.
- Pendiente del 6.21%: Es un porcentaje muy bajo y totalmente manejable. Al faltar cuatro meses para el cierre de la vigencia fiscal 2026, este saldo residual no representa un riesgo de rezago presupuestal ni acumulación de deudas vencidas.

4. Reservas presupuestales

El INDERBU constituyó reservas presupuestales para la vigencia 2026 por un valor total de $401.089.439,27, presentando el siguiente estado financiero con corte al 30 de agosto de 2026:

Resumen del Estado Financiero
- Pagos realizados (Ejecutado): $374.244.195,55 (93,30%).
- Saldo pendiente por ejecutar: $26.845.243,72 (6,69%).
  Acciones adelantadas sobre el saldo pendiente:
- $18.445.243,72: Ya cuentan con actas de cancelación (en proceso de cierre).
- $8.400.000,00: Corresponden al contrato 419 de 2025, el cual se encuentra suspendido formalmente por motivos de salud del contratista.

Evaluación del Cumplimiento

El saldo pendiente del 6,69 % a agosto de 2026 es un resultado favorable. Indica que casi la totalidad de las obligaciones de la vigencia anterior se gestionaron y pagaron oportunamente, y que el remanente está justificado o en proceso de liquidación.

5. Revisión de conciliaciones y diferencias entre área contabilidad - almacén vigencia 2026

El proceso de saneamiento de la información financiera del INDERBU se inició el 18 de marzo de 2026 en sesión del Comité de Sostenibilidad Contable. Se adelantó en atención a la recomendación formulada por la Oficina de Control Interno en la auditoría de la vigencia 2025, sobre las diferencias entre los saldos registrados en el software financiero y las existencias físicas de Almacén. En esa sesión, el Comité aprobó un Plan de Trabajo Especial para el levantamiento físico del inventario general, a cargo del Almacén General y con apoyo de técnicos de inspección.

La verificación física se desarrolló durante el primer semestre de 2026 y cubrió el 100 % de las ubicaciones programadas (74 de 74). Cada inspección quedó registrada con fecha, hora y responsable. El trabajo se organizó en dos frentes:

- Escenarios de alto rendimiento: Estadio de Atletismo (bodegas 3 y 4), Velódromo Alfonso Flórez Ortiz (bodegas de sonido, tarimas, ferretería, herramientas y archivos centrales 1 y 2) y Coliseo

Bicentenario (camerinos 1 a 4, cuartos de redes, cabinas de transmisión 1 a 14, salón de medios y oficinas de Dirección y Tesorería).
- Sedes recreodeportivas y casas de juventud: parques Mutis, Ciudad Bolívar, Softbol, Las Américas, Norte (Kennedy), Los Colorados, La Joya, Campo Hermoso, La Victoria, Provenza y Porvenir, y canchas de tenis del Parque de los Niños.

Al comparar el inventario físico consolidado con los registros contables a 30 de diciembre de 2025, el área contable y Almacén identificaron una diferencia neta de –$682.906.813,66 en propiedades, planta y equipo, y de –$69.155.991,14 en la depreciación acumulada. La Oficina de Control Interno verificó estas cifras, las diferencias se originaron en errores de registro de vigencias anteriores: algunos bienes se clasificaron en cuentas que no correspondían a su naturaleza, y otros se mantuvieron en libros, aunque ya no existían físicamente.

Las principales diferencias, calculadas como valor físico menos valor contable, fueron:
- Equipo de Recreación y Deporte (Cuenta 16550601): Presentaba una sobreestimación en Contabilidad de -$695,233,133.44 respecto a lo reportado por Almacén. El análisis de campo determinó que el principal agente diferenciador fue el *Sistema de medición de campo y cronometraje electrónico de atletismo*, un mega-equipo compuesto por cámaras Lynx, licencias de software fotográfico, pistolas de arranque electrónico Gill, sensores de tiempo Martel y megáfonos apilados, cuyo valor en libros no guardaba simetría con las existencias físicas del escenario.
- Otros Bienes Muebles en Bodega (Cuenta 16359001): Registraba un saldo contable de $95,758,233.05 que carecía por completo de inventario físico de soporte en Almacén, requiriendo su baja del balance.
- Equipo de Ayuda Audiovisual (Cuenta 16552201): Almacén reportaba un inventario físico real de $75,512,351.80, mientras que contabilidad solo reflejaba $13,993,725.00, evidenciando una omisión contable de $61,518,626.80 en activos recibidos, en su mayoría por donaciones de la Alcaldía de Bucaramanga.
- Se identificaron diferencias adicionales en *Equipo de Aseo* (-$1.71) y *Otra maquinaria y equipo* (-$63,778,030.08), mientras que cuentas como *Muebles y enseres* (Código 16650101) mostraban un faltante contable de $60,611,687.00 frente al inventario físico real.

6. Acciones de Depuración y Ajustes Aplicados (Saneamiento Contable)

Identificadas las causas de las diferencias, se registraron los ajustes contables mediante la Nota de Ajuste No. NA 26-00010 del 30 de abril de 2026. Esta nota incluye movimientos débito y crédito por un total de $226.587.934,77 y contempla las siguientes acciones de saneamiento:

- Reclasificación e Inclusión de Activos Reales: Se ingresaron formalmente al activo del rubro Propiedades, Planta y Equipo los valores reales conciliados de *Equipo de ayuda audiovisual* por $61,518,626.80, *Muebles y enseres* por $60,611,687.00, *Equipo de computación* por $25,055,386.33, y *Equipos de comunicación* por $23,685,428.51.
- Saneamiento de Bodegas y Corrección de Errores: Se acreditó y extinguió el saldo obsoleto de *Otros bienes muebles en bodega* por $95,758,233.05 y se depuraron los excesos en libros de *Otra maquinaria y equipo* por $63,778,030.08 y *Maquinaria y equipo de depreciación* por $60,839,516.64.
- Sinceramiento Patrimonial: Las pérdidas de activos no localizados o destruidos de vigencias anteriores se reconocieron en el gasto mediante la cuenta *Pérdida por baja de activos* (Código 58909004) por un valor de $15,213,446.10.

7. Estado Actual y Cierre de Brechas (Saldos a 30 de Abril de 2026)

Con el registro de la Nota de Ajuste y la culminación del Plan de Trabajo, los saldos contables de propiedades, planta y equipo quedaron conciliados con el módulo de Almacén. La Oficina de Control Interno

verificó los saldos por cuenta con corte al 30 de abril de 2026 y evidenció diferencias de $0 en todas las subcuentas evaluadas:

Código Cuenta	Nombre de la Cuenta Asociada al Activo	Valor de Saldo Contable Real	Diferencia Final vs Almacén
16359001	Otros bienes muebles en bodega	$0.00	**$0.00**
16550601	Equipo de recreación y deporte	$3.181.847.429.76	**$0.00**
16552201	Equipo de ayuda audiovisual	$75.512.351.80	**$0.00**
16552301	Equipo de aseo	$15.985.531.62	**$0.00**
16559001	Otra maquinaria y equipo	$287.786.388.11	**$0.00**
16650101	Muebles y enseres	$331.318.087.53	**$0.00**
16650201	Equipo y máquina de oficina	$20.204.631.11	**$0.00**
16700101	Equipo de comunicación	$145.453.608.17	**$0.00**
16700201	Equipo de computación	$319.866.272.93	**$0.00**
16709001	Otros equipos de comunicación y computación	$362.814.854.44	**$0.00**
16850401	Maquinaria y equipo (Depreciación)	$1.246.766.446.44	**$0.00**
16850601	Muebles, enseres y equipo de oficina (Depreciación)	$228.316.869.95	**$0.00**
16850701	Equipos de comunicación y computación (Depreciación)	$717.787.354.13	**$0.00**
19700703	Licencias (Intangibles)	$13.570.813.90	**$0.00**

La revisión de las conciliaciones entre Contabilidad y Almacén permitió identificar y depurar diferencias originadas en errores de registro de vigencias anteriores, activos no localizados y bienes clasificados en cuentas que no correspondían a su naturaleza. Mediante la Nota de Ajuste No. NA 26-00010 del 30 de abril de 2026 se efectuaron las reclasificaciones, incorporaciones y bajas necesarias. Con corte a esa fecha, las cuentas revisadas presentan diferencias de $0 entre los saldos contables y los inventarios físicos de Almacén. Con ello se atiende la recomendación de la auditoría de la vigencia 2025 y se fortalece la confiabilidad de la información financiera del Instituto.

Se recomienda realizar conciliaciones periódicas entre Contabilidad y Almacén, al menos trimestrales, y tomas físicas de inventario anuales, para evitar que se repitan las diferencias.

8. Cuentas por cobrar

De acuerdo con la información suministrada, entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026 se expidieron las siguientes facturas:

- Alquiler de escenarios deportivos: facturas FEE 841 a FEE 1084 (244 facturas), por un total de $274.775.148,92.
- Alquiler de cafeterías: facturas FEC 291 a FEC 331 (41 facturas), por un total de $20.224.342,88.

Las facturas se encuentran debidamente contabilizadas con corte al 30 de agosto de 2026.

En atención a la solicitud de información sobre las cuentas por cobrar, la Tesorería suministró una relación de cuentas pendientes de pago por valor total de $499.750.795,97. De este valor, $478.605.360 correspondían a recursos de la Ley 181 de 1995 a cargo del Municipio de Bucaramanga, obligación que, según el extracto bancario aportado por la Subdirección en la réplica, fue pagada el 5 de agosto de 2026. El saldo restante, por $21.145.435,97, corresponde a aprovechamientos económicos e incapacidades de 2021 a 2023.

9. Análisis de control y efectividad en la recuperación de cartera vencida

De acuerdo con la información suministrada, entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026 el INDERBU expidió las facturas FEE 841 a FEE 1084 por alquiler de escenarios deportivos, por $274.775.148,92, y las facturas FEC 291 a FEC 331 por alquiler de cafeterías, por $20.224.342,88. Las facturas se encuentran debidamente contabilizadas con corte al 30 de agosto de 2026.

No obstante, se identificaron debilidades en el control de su recaudo. Según lo informado por la Tesorería, el área operativa remite con retraso los soportes de pago, lo que dificulta la conciliación bancaria mensual. Además, en los extractos bancarios se registran consignaciones no identificadas, cuyo origen la Tesorería debe establecer manualmente con el área operativa.

En cuanto a las cuentas por cobrar, la Tesorería suministró la siguiente relación de cartera pendiente con corte al 30 de agosto de 2026:

Concepto	Saldo	Antigüedad	Estado de la Cartera	Gestión de Cobro Reportada
Adición Ley 181/1995	**$478.605.360,00**	10/07/2026	Vencido - En proceso	Cuenta de cobro enviada vía correo electrónico a la Secretaria de Hacienda.
Aprovechamiento económico Cafeterías	**$8.864.524,99**	2022 y 2023	Vencido - En proceso	Procesos adelantados por la Oficina Jurídica
Aprovechamiento económico Escenarios	**$6.589.763,04**	Diciembre 2023	Vencido - En proceso	Procesos adelantados por la Oficina Jurídica
Incapacidades EPS Coomeva	**$5.691.147,94**	30/07/2021	Vencido - En proceso	Procesos adelantados por la Oficina Jurídica
Total relación suministrada	**$499.750.795,97**			
Cartera pendiente ajustada	**$21.145.435.97**			

La obligación a cargo del Municipio de Bucaramanga por la adición de recursos de la Ley 181 de 1995, por $478.605.360, fue pagada el 5 de agosto de 2026, según el extracto bancario de la cuenta de ahorros N.° 4384 del Banco AV Villas aportado por la Subdirección en la réplica. Por lo tanto, no constituye cartera pendiente. Sin embargo, que la relación suministrada por la Tesorería la reportara como vencida con corte al 30 de agosto de 2026 evidencia debilidades en la identificación y aplicación oportuna de los pagos recibidos.

La cartera pendiente asciende a $21.145.435,97 y corresponde al aprovechamiento económico de cafeterías y escenarios e incapacidades de 2021 a 2023. Según lo informado, la Oficina Jurídica adelanta los procesos de cobro de estas obligaciones. Sin embargo, durante la auditoría no se aportaron soportes de dichas gestiones, como oficios de cobro persuasivo, notificaciones o mandamientos de pago. En la réplica, la Subdirección documentó la gestión ante Coomeva EPS en liquidación, cuyo mandatario informó un pago de $1.254.296,06, equivalente al 18,90 % del crédito reconocido, sin recursos adicionales para cubrir el saldo. Para los aprovechamientos económicos de cafeterías y escenarios no se aportaron soportes de la gestión de cobro.

En la evaluación de los controles se evidenció que la Tesorería no cuenta con un procedimiento ni con un cruce de información que le permita identificar con certeza qué usuarios de los escenarios deportivos han pagado y cuáles se encuentran en mora. Esto limita el seguimiento de la cartera y no permite garantizar

que todo uso de los escenarios genere el ingreso correspondiente.

Se evidenció además que no existen contratos escritos con los arrendatarios de las cafeterías. Esta situación fue objeto de hallazgo en la auditoría a la Subdirección Técnica, vigencia 2026, desde el enfoque de la administración y explotación de estos espacios. En el presente informe se evalúa su incidencia en el recaudo y el cobro: la falta de contratos debilita el soporte para exigir judicialmente el pago a los arrendatarios.

Estas situaciones obedecen a la falta de un reglamento interno de recaudo de cartera, exigido por el artículo 2 de la Ley 1066 de 2006, y a la falta de articulación entre la Tesorería y la Oficina Jurídica en el seguimiento de las obligaciones pendientes. Además, desatienden lo dispuesto en el artículo 5 de la misma ley, que establece el procedimiento de cobro coactivo para las entidades que recaudan rentas públicas, y en la Resolución 193 de 2016 de la Contaduría General de la Nación, que exige que los derechos registrados estén debidamente soportados. Como consecuencia, existe riesgo de pérdida de recursos públicos por prescripción de la acción de cobro, conforme a los términos previstos en la normatividad aplicable, especialmente en la cartera de 2021 a 2023, así como de sobreestimación de las cuentas por cobrar.
Se recomienda adoptar el reglamento interno de recaudo de cartera exigido por la Ley 1066 de 2006; establecer un plazo para que el área operativa remita los soportes de pago a la Tesorería; implementar una conciliación periódica entre ambas áreas que permita identificar pagos y mora; y depurar mensualmente las consignaciones no identificadas. Así mismo, se recomienda solicitar a la Oficina Jurídica un informe documentado del estado de cada proceso de cobro, con el término de prescripción aplicable a cada obligación, priorizando la cartera de 2021 a 2023, y presentar al Comité de Sostenibilidad Contable las partidas de difícil recaudo, incluido el saldo no recuperable de Coomeva EPS, para evaluar su deterioro o depuración.

10. Declaraciones tributarias

Contabilidad remitió las declaraciones tributarias del periodo de enero a agosto de 2026, con sus soportes de presentación y pago. Se verificó que las declaraciones de retención en la fuente, retención del impuesto de industria y comercio (ReteICA), IVA, Estampilla Procultura y Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor fueron presentadas y pagadas dentro de los plazos de los calendarios tributarios nacional y municipal, sin declaraciones de corrección, sanciones por extemporaneidad ni intereses moratorios. En consecuencia, no se identificaron incumplimientos en las obligaciones tributarias revisadas. Se recomienda mantener el control y la conservación de los soportes de presentación y pago.

11. Seguimiento a las recomendaciones sobre diferencias entre los saldos contables y de Almacén.

En atención a la recomendación de la auditoría realizada a la Subdirección Administrativa y Financiera en la vigencia 2025, sobre la conciliación de los saldos de propiedades, planta y equipo entre Contabilidad y Almacén, la entidad realizó el levantamiento físico del inventario y registró los ajustes mediante la Nota de Ajuste No. NA 26-00010 del 30 de abril de 2026, como se describió en el numeral tercero *"Revisión de conciliaciones y diferencias entre área contabilidad - almacén vigencia 2026"* del presente informe. Control Interno verificó que, con corte a esa fecha, no existen diferencias entre ambas áreas en las subcuentas evaluadas. Por lo tanto, la recomendación se considera cumplida y el hallazgo se da por cerrado. Para mantener la consistencia de los saldos, se recomienda realizar conciliaciones trimestrales entre Contabilidad y Almacén y tomas físicas de inventario al menos una vez al año.

- **VERIFICACIÓN DEL TRÁMITE, REVISIÓN Y PAGO DE CUENTAS DE COBRO DE CONTRATISTAS**

Con el fin de verificar la aplicación del procedimiento de gestión y pago de cuentas de cobro y la oportunidad en los pagos a contratistas, se seleccionó una muestra de treinta (30) contratos de prestación de servicios en ejecución durante el periodo auditado, comprendido entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026. Para cada contrato se revisó la última cuenta de cobro radicada a la fecha de ejecución de la prueba, desde su radicación hasta el pago, incluidas las devoluciones y subsanaciones que se presentaron, con base en la información y los soportes suministrados por la Subdirección Administrativa y Financiera. En consecuencia, diez (10) de las cuentas revisadas fueron radicadas dentro del periodo auditado y veinte (20) entre el 31 de agosto y el 18 de septiembre de 2026, con posterioridad a la fecha de corte. Estas últimas se incluyeron porque permiten verificar la aplicación del procedimiento con la información más reciente disponible al momento de la auditoría. La muestra seleccionada es la siguiente:

N.º	Contrato	Fecha de radicación de la cuenta	Duración del trámite (días hábiles)	Fecha de pago	Devolución / subsanación	Observación
1	012-2026	21/08/2026	1	21/08/2026	No se reporta	Cuenta pagada
2	021-2026	16/09/2026	3	18/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
3	027-2026	21/08/2026	1	21/08/2026	No se reporta	Cuenta pagada
4	049-2026	31/08/2026	4	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
5	061-2026	15/09/2026	2	16/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
6	089-2026	26/08/2026	1	26/08/2026	No se reporta	Cuenta pagada
7	094-2026	11/09/2026	2	14/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
8	105-2026	1/09/2026	3	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
9	112-2026	26/08/2026	7	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
10	115-2026	7/09/2026	1	7/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
11	153-2026	18/09/2026	2	21/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
12	161-2026	31/08/2026	4	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
13	168-2026	18/09/2026	2	21/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
14	178-2026	4/09/2026	2	7/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
15	192-2026	20/03/2026	3	24/03/2026	No se reporta	Cuenta pagada
16	195-2026	11/09/2026	2	14/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
17	198-2026	4/08/2026	2	5/08/2026	No se reporta	Cuenta pagada
18	202-2026	1/09/2026	3	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
19	235-2026	26/08/2026	1	26/08/2026	No se reporta	Cuenta pagada
20	251-2026	31/08/2026	4	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
21	260-2026	4/09/2026	2	7/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
22	273-2026	3/09/2026	1	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
23	302-2026	4/08/2026	2	5/08/2026	No se reporta	Cuenta pagada
24	314-2026	1/09/2026	3	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
25	319-2026	19/08/2026	1	19/08/2026	No se reporta	Cuenta pagada
26	320-2026	8/09/2026	2	9/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
27	329-2026	31/08/2026	4	3/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
28	356-2026	5/06/2026	3	9/06/2026	No se reporta	Cuenta pagada

29	361-2026	15/09/2026	2	16/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada
30	365-2026	7/09/2026	3	9/09/2026	No se reporta	Cuenta pagada

1. Procedimiento interno para la recepción, trámite y pago de cuentas de cobro

El procedimiento implementado por la Subdirección Administrativa y Financiera para la gestión y pago de las cuentas de cobro inicia con su recepción y radicación, y comprende las actividades de revisión documental, trámite financiero, validación, pago y archivo.

- Recepción y verificación: Se recibe y revisa la cuenta de cobro y sus soportes. Si se identifican inconsistencias o documentos faltantes, se devuelve a la oficina gestora para su corrección; si cumple los requisitos, continúa el trámite.
- Radicación y registro: La cuenta se registra en la plataforma institucional, donde se genera el número de radicación para su identificación y seguimiento, y se remite al auxiliar administrativo encargado del trámite financiero.
- Elaboración y revisión del pago: El auxiliar administrativo elabora la orden de pago y el egreso, que son revisados por el contador para verificar su consistencia contable y financiera. Una vez aprobados y firmados, se consolida la información en la macro de pagos de la plataforma bancaria.
- Validación y desembolso: El Tesorero y el Subdirector Administrativo y Financiero revisan y validan beneficiarios, valores y demás datos. Con las autorizaciones correspondientes, se transfieren los recursos a los contratistas.
- Registro y archivo: Efectuado el pago, la orden de pago y el egreso se cargan en los sistemas SIA y SECOP. Finalmente, el expediente se organiza y se remite al área jurídica para su conservación en el archivo general del Instituto.

Responsables: Participan las dependencias y funcionarios encargados de la recepción, revisión, gestión administrativa, contabilidad, tesorería, apoyo jurídico y archivo, según las competencias asignadas en cada etapa.

Tiempos: El trámite se realiza de manera sucesiva, según el orden de radicación y el cumplimiento de requisitos. Si la cuenta se devuelve por errores o documentación incompleta, los tiempos pueden ampliarse.

2. Radicación de la última cuenta de cobro

Para los treinta (30) contratos seleccionados se consolidó la fecha de radicación de la última cuenta de cobro presentada durante el período objeto de revisión, las devoluciones o requerimientos de subsanación, si los hubo, y la fecha de pago. La información de cada contrato se presenta en la tabla anterior, de acuerdo con lo reportado por la Subdirección Administrativa y Financiera. Ninguna cuenta de cobro presentó devolución o requerimiento de subsanación, y todas se encuentran pagadas.

3. Devoluciones o requerimientos de subsanación

Con base en la información suministrada y en la documentación revisada, se estableció para cada uno de los contratos seleccionados si la última cuenta de cobro fue objeto de devolución o requerimiento de subsanación previo a su trámite y pago. En ninguno de los treinta (30) contratos se reportaron devoluciones ni requerimientos de subsanación, por lo que las cuentas de cobro se tramitaron y pagaron con su radicación inicial.

4. Fecha de pago

La fecha de pago de la última cuenta de cobro de los treinta (30) contratos evaluados consta en la tabla anterior, junto con los días hábiles transcurridos desde la radicación hasta el pago efectivo. El plazo máximo

fue de siete (7) días hábiles, en un (1) solo contrato. Las veintinueve (29) cuentas restantes se pagaron en un rango de uno (1) a cuatro (4) días hábiles, con un promedio de 2,4 días hábiles para la muestra.

Este comportamiento es acorde con los plazos establecidos en el Manual de Cuentas, que prevé un término de hasta siete (7) días para la gestión integral del trámite. Ese término comprende la revisión documental, la elaboración de la orden de pago, el control de Tesorería y la autorización final del Subdirector Administrativo y Financiero. En conclusión, las cuentas de la muestra se tramitaron y pagaron dentro de dicho término, con tiempos de entre uno (1) y siete (7) días hábiles desde la radicación.

5. Pagos represados u observados

Verificado el estado de la última cuenta de cobro de los treinta (30) contratos de la muestra, se constató que todas fueron tramitadas y pagadas oportunamente, sin pagos represados ni cuentas pendientes de pago. Las fechas de radicación y pago de cada cuenta se detallan en la tabla anterior.

5. HALLAZGOS

1. **HALLAZGO ADMINISTRATIVO 1 – Incumplimiento de los términos legales de respuesta a las PQRSD, debilidades en su trazabilidad y desactualización del procedimiento.**

   Entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026, 414 de las 1.455 PQRSD radicadas (28,5 %) no se atendieron dentro de los términos legales: 374 se respondieron de forma extemporánea y 40 continuaban sin respuesta. Lo anterior contraviene el artículo 23 de la Constitución Política y el artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015. Esta situación obedece a debilidades en los controles de reparto, seguimiento de términos y cierre de trámites, así como a la desactualización del procedimiento PM.08-PD01, que no se ha modificado desde diciembre de 2023, omite normas esenciales como la Ley 1755 de 2015 y la Ley 594 de 2000, y no incorpora los controles que se aplican en la práctica. En consecuencia, se afecta el derecho de petición de los ciudadanos y se expone a la Entidad a acciones de tutela y a eventuales investigaciones disciplinarias, conforme al artículo 31 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

2. **HALLAZGO ADMINISTRATIVO 2 - Deficiencias del sistema GSC y necesidad de su actualización o reemplazo.**

   El sistema GSC no refleja el estado real de las PQRSD, toda vez que el cargue de las respuestas no actualiza el estado de las peticiones en la herramienta. Asimismo, se observó que el sistema genera radicados duplicados, no asigna número de salida a las comunicaciones de respuesta y permite el cierre de peticiones sin el soporte documental de la respuesta emitida. Estas debilidades afectan la confiabilidad de la información reportada, impiden un control efectivo de los términos de respuesta establecidos en la Ley 1755 de 2015 y comprometen la trazabilidad documental exigida por la Ley 594 de 2000. Obedece a que la herramienta no responde a los requerimientos del procedimiento y a que la Entidad no ejerce control sobre ella. En consecuencia, la Entidad no cuenta con estadísticas confiables de PQRSD y depende críticamente del proveedor, con riesgo de pérdida de la información.

3. **HALLAZGO ADMINISTRATIVO 3 – Acumulación y disfrute tardío de vacaciones sin acto Administrativo de aplazamiento.**

   Con corte al 30 de agosto de 2026, once (11) de los diecinueve (19) servidores de planta registran catorce (14) periodos de vacaciones causados y no disfrutados; tres (3) de ellos tienen dos periodos acumulados y cinco (5) no han disfrutado vacaciones desde su vinculación. La Subdirección Administrativa y Financiera no expidió actos administrativos de aplazamiento, reprogramación ni acumulación, en contravía de los artículos 12, 13 y 14 del Decreto Ley 1045 de 1978, disposiciones

que establecen que las vacaciones deben concederse dentro del año siguiente a su causación y que solo pueden aplazarse por necesidades del servicio, mediante resolución motivada, sin exceder dos periodos. Esta situación obedece a la falta de un cronograma anual completo y formalizado, y a un seguimiento tardío e ineficaz. En consecuencia, se afecta el derecho al descanso de los servidores y se incrementa el pasivo laboral de la Entidad, toda vez que, conforme al artículo 17 del mismo decreto, los periodos acumulados se liquidan con la asignación básica vigente al momento de su disfrute.

4. **HALLAZGO ADMINISTRATIVO 4 - Reconocimiento y pago de viáticos sin Acto Administrativo que confiera la comisión.**

   Se identificó un (1) pago de viáticos por $1.886.025,20, correspondiente a la asistencia de un funcionario a un congreso realizado en abril de 2026, sin el acto administrativo que confiriera la comisión y ordenara su reconocimiento. El registro presupuestal 26-00543 del 26 de marzo de 2026 (CDP 26-00233) se expidió únicamente con base en la liquidación de viáticos de nómina, y el pago se efectuó mediante el comprobante de egreso N.° 26-00587. Si bien la liquidación se ajustó a la Resolución N.° 119 de 2025 y los soportes aportados acreditan el cumplimiento de la comisión, el gasto carece del acto que lo autoriza y justifica, lo cual se aparta del procedimiento aplicado por la Entidad en los demás casos revisados. Esta situación evidencia debilidades en los controles previos, por cuanto ni en la expedición del registro presupuestal ni en el trámite del pago se verificó la existencia del acto administrativo como requisito para comprometer y girar los recursos. En consecuencia, la Entidad queda expuesta a realizar pagos sin la debida autorización y a posibles cuestionamientos por parte de los órganos de control.

5. **HALLAZGO ADMINISTRATIVO 5 - Deficiencias en las condiciones de almacenamiento y conservación de los depósitos de archivo.**

   Los depósitos de archivo de la Entidad no cumplen las condiciones técnicas para la conservación documental. Según el informe de Positiva ARL, el depósito del Velódromo presenta roedores, y el Archivo Central del Coliseo Bicentenario carece de sistema contra incendios, ventilación y equipos de medición ambiental. Además, siguen pendientes la limpieza especializada y la adecuación de la infraestructura. Esto contraviene el artículo 13 de la Ley 594 de 2000 y el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación (Acuerdo Único de la Función Archivística). La situación obedece a la falta de ejecución oportuna de las actividades previstas en el Sistema Integrado de Conservación (SIC), aprobado por la Entidad en febrero de 2026, y expone la documentación a deterioro, pérdida por incendio y afectación ambiental.

6. **HALLAZGO ADMINISTRATIVO 6 – Insuficiencia del esquema de copias de respaldo de la NAS institucional**

   La NAS del INDERBU, que almacena la información de todas las dependencias, no cuenta con un esquema formal y periódico de copias de respaldo ni con redundancia de hardware. Las copias evidenciadas con corte al 30 de agosto de 2026 se encontraban en un único disco externo, sin periodicidad definida, pese a que el equipo sufrió recientemente un daño físico por un apagón. Además, los riesgos tecnológicos no están incorporados en la matriz de riesgos de seguridad de la información, y no existe una política de copias de respaldo ni gestión presupuestal para adquirir un sistema de backup. Esto se aparta de la Política de Seguridad Digital del MIPG y de la Resolución 500 de 2021 de MinTIC. La causa es la falta de planeación y de recursos para proteger los activos de información. En consecuencia, existe riesgo de pérdida total o parcial de la información institucional y de afectación de la continuidad de las operaciones.

7. HALLAZGO ADMINISTRATIVO 7 – Ausencia de política interna de desconexión laboral (Ley 2191 de 2022)

La Entidad no ha formulado, adoptado ni socializado la política interna de desconexión laboral, en contravía del artículo 5 de la Ley 2191 de 2022, que obliga a las entidades públicas, en su calidad de empleadores, a contar con dicha política. Esta situación obedece a debilidades en la gestión y el seguimiento de las obligaciones normativas en materia de talento humano. En consecuencia, no existen lineamientos que garanticen el derecho de los servidores a desconectarse fuera de la jornada laboral, ni un procedimiento formal para atender las quejas por su vulneración, lo que expone a la Entidad a reclamaciones y a posibles afectaciones en el bienestar de sus servidores.

8. HALLAZGO ADMINISTRATIVO 8 – Procedimientos de la Subdirección Administrativa y Financiera desactualizados

Veintiún (21) procedimientos de la Subdirección Administrativa y Financiera, correspondientes a los procesos de Gestión de las Tecnologías, Gestión Documental, Gestión del Talento Humano (subprocesos GETH y SST) y Gestión Financiera, se encuentran desactualizados y conservan la imagen institucional anterior del INDERBU. Lo anterior incumple los literales d), e) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, así como las políticas de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos y de Gestión Documental del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), adoptado mediante el Decreto 1499 de 2017. Esta situación obedece a la ausencia de revisión periódica de los documentos por parte de los responsables de los procesos, y genera el riesgo de que las actividades se ejecuten con lineamientos que no corresponden a la operación ni a la normativa vigente, con la consecuente pérdida de trazabilidad y efectividad de los controles.

9. HALLAZGO ADMINISTRATIVO No. 9 - Debilidades en el control del recaudo y la recuperación de la cartera.

Con corte al 30 de agosto de 2026, el INDERBU registra cuentas por cobrar por $21.145.435,97 por aprovechamiento económico de cafeterías y escenarios e incapacidades de 2021 a 2023. Los aprovechamientos no tienen soportes de gestión de cobro, y de Coomeva EPS en liquidación solo se recuperó el 18,90 % del crédito reconocido. Además, la Tesorería no identifica con certeza los pagos ni la mora, recibe tarde los soportes y registra consignaciones no identificadas. Esto incumple el artículo 2 de la Ley 1066 de 2006. La causa es la falta de reglamento interno de recaudo de cartera y la débil articulación entre áreas. En consecuencia, existe riesgo de prescripción de la cartera de aprovechamientos económicos y de sobreestimación de las cuentas por cobrar, en especial por el saldo no recuperable de Coomeva EPS.

6. OBSERVACIONES DEL AUDITADO

Mediante oficio del 15 de octubre de 2026, la Subdirectora Administrativa y Financiera (E) dio respuesta al informe preliminar de la auditoría interna, vigencia 2026, en ejercicio de su derecho de contradicción, precisando lo siguiente:

1. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°1- INCUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS LEGALES DE RESPUESTA A LAS PQRSD, DEBILIDADES EN SU TRAZABILIDAD Y DESACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"La subdirección reconoce que un porcentaje de las PQRSD no se atendió dentro de los términos del

artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015. Frente a ello precisa:

- *Estado actual de las 40 PQRSD sin respuesta. A la fecha de esta comunicación, ellas ya fueron respondidas y/o están en trámite.*

Debilidades en reparto, seguimiento de términos y cierre: La Subdirección acepta que los controles actuales dependen en buena medida del seguimiento manual y de la gestión de cada dependencia, sin alertas tempranas de vencimiento ni verificación del cierre del trámite.

Desactualización del procedimiento PM.08-PD01: La Entidad reconoce que el procedimiento no se ha modificado desde diciembre de 2023 y que no incorpora la Ley 1755 de 2015 ni la Ley 594 de 2000, ni los controles que se aplican en la práctica. Por ello se compromete a actualizarlo, incluyendo el marco normativo vigente, los términos por tipo de PQRSD, los controles descritos y los responsables, y a someterlo a aprobación y socialización".

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección acepta de manera expresa los tres componentes del hallazgo. Reconoce que hubo PQRSD atendidas fuera de los términos del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015. Acepta también las debilidades en los controles de reparto, seguimiento de términos y cierre, y la desactualización del procedimiento PM.08-PD01. Por tanto, no hay controversia sobre los hechos, el criterio normativo ni las causas identificadas por la auditoría.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección acepta los hechos y que los argumentos expuestos en la réplica no desvirtúan la situación evidenciada, el Hallazgo Administrativo N.° 1 se mantiene en firme y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

2. **HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°2- DEFICIENCIAS DEL SISTEMA GSC Y NECESIDAD DE SU ACTUALIZACIÓN O REEMPLAZO**.

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"En atención al hallazgo referente a las debilidades del sistema GSC, la entidad ha adelantado las siguientes acciones correctivas y de mejora continúa orientadas a su actualización y/o reemplazo, garantizando la correcta trazabilidad y el cumplimiento normativo:

1. *Gestiones dentro del periodo auditado: El 03 de julio de 2026 se realizó una visita de articulación con la representante legal del proveedor del sistema de ventanilla única, para conocer la operación de la plataforma y su eficiencia en otras entidades del sector público. A partir de ese referenciación se realizó una mesa de trabajo interna, en la que se definieron los lineamientos técnicos y administrativos para implementar la ventanilla única.*

2. *Estudio de Mercado y Solución Tecnológica: Como resultado del referenciación, se adelantó un estudio de mercado y se recibió la propuesta formal de la empresa Archivos y Sistemas AYS SAS para la implementación del Sistema de Gestión Documental Electrónico en la nube, denominado SIGED. Esta herramienta fue evaluada y responde directamente a las deficiencias señaladas en el hallazgo, de la siguiente manera:*
   - *Trazabilidad y Soporte Documental (Ley 594 de 2000): La propuesta contempla una "Ventanilla Única Automatizada" que centraliza la radicación física y digital, garantizando la trazabilidad total de los documentos y evitando la duplicidad de radicados o el cierre sin soportes. El sistema opera bajo el estricto cumplimiento normativo de la Ley 594 y permite la administración de las Tablas de Retención Documental (TRD) acorde a las necesidades de la entidad.*

- *Gestión de PQRSD y Tiempos de Ley (Ley 1755 de 2015): El sistema cotizado incluye un módulo de gestión de PQRS integrada. Para impedir el vencimiento de términos, la plataforma incorpora un sistema de semaforización y alertas que prioriza las tareas y asegura el cumplimiento de los tiempos legales de respuesta.*

3. *Presupuesto y Plan de Implementación: El estudio de mercado proyecta una inversión de $9.000.000, la cual cubre los costos del servicio durante tres meses. Este presupuesto incluye: El servicio SaaS en la nube para 21 usuarios, con una asignación de 420 GB de almacenamiento. Capacitación y socialización por 15 horas dirigida a los 21 usuarios, al administrador y al equipo de la ventanilla única. Parametrización en el sistema de las Tablas de Retención Documental (TRD) y el Cuadro de Clasificación Documental (CCD) de la entidad. Con estas gestiones documentadas, la entidad demuestra que ha iniciado las acciones presupuestales, técnicas y administrativas correspondientes para subsanar de fondo las deficiencias del sistema GSC, asegurando la confiabilidad de la información reportada. Soportes: Anexo 1. https://ijdrbmanga-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/info_inderbu_gov_co/IgCcy90iBp1iRonbTvLp7zk6AQcNjzbK8-pZzmahFfazTY8?e=cjNiY0".*

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección no controvierte las deficiencias del sistema GSC señaladas por la auditoría, por lo que los hechos y sus efectos se entienden aceptados. Las gestiones descritas incluyen la visita de referenciación del 3 de julio de 2026, la mesa de trabajo interna, el estudio de mercado y la propuesta de Archivos y Sistemas AYS S.A.S. para el SIGED. Estas gestiones se valoran positivamente, pero son preparatorias: la nueva herramienta no ha sido contratada ni implementada. Si bien el estudio de mercado estima una inversión de $9.000.000, la réplica no acredita apropiación presupuestal, CDP, proceso de contratación ni cronograma. Además, ese valor cubre solo tres meses de servicio, sin que se indique cómo se garantizará su continuidad. Las funcionalidades que se atribuyen a la herramienta provienen de una propuesta comercial y solo podrán verificarse cuando esté en operación. Tampoco se plantean medidas transitorias mientras se siga usando el GSC, ni la depuración y migración de la información histórica.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección acepta las deficiencias evidenciadas y que las gestiones expuestas no han modificado la situación observada, el Hallazgo Administrativo N.° 2 se mantiene en firme y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

3. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°3- ACUMULACIÓN Y DISFRUTE TARDÍO DE VACACIONES SIN ACTO ADMINISTRATIVO DE APLAZAMIENTO.

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"Frente a la observación sobre la acumulación de periodos de vacaciones sin el respectivo acto administrativo, esta Subdirección aclara que la permanencia de los servidores públicos en sus cargos y el aplazamiento de sus descansos obedeció única y exclusivamente a las estrictas necesidades del servicio, con el fin primordial de no paralizar la función administrativa y garantizar la continuidad en la prestación de los servicios misionales del INDERBU, en consonancia con el artículo 209 de la Constitución Política. Si bien se reconoce la omisión formal de la expedición oportuna de las resoluciones de aplazamiento, el derecho sustancial al descanso de los servidores se encuentra plenamente garantizado y no se ha causado lesión a sus derechos laborales durante la vigencia 2026".

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección reconoce que no expidió las resoluciones de aplazamiento, por lo que el hecho central del hallazgo se entiende aceptado. Su argumento de que el aplazamiento obedeció a necesidades del servicio no desvirtúa la observación. El artículo 14 del Decreto Ley 1045 de 1978 admite esa causal precisamente

siempre que conste en resolución motivada. Sin ese acto, las necesidades del servicio no quedan acreditadas ni pueden verificarse, y la omisión no es meramente formal, porque el acto es el requisito que habilita el aplazamiento. El artículo 209 de la Constitución Política tampoco exime a la Entidad de cumplir el procedimiento legal previsto para el efecto.

La afirmación de que el derecho al descanso está plenamente garantizado no se acompaña de soportes y contradice lo evidenciado: cinco servidores no han disfrutado vacaciones desde su vinculación y tres acumulan dos periodos. La réplica tampoco se pronuncia sobre el incremento del pasivo laboral derivado del artículo 17 del mismo decreto, ni sobre las causas identificadas, esto es, la falta de un cronograma anual formalizado y el seguimiento tardío e ineficaz.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección acepta la omisión de los actos administrativos de aplazamiento y que los argumentos expuestos en la réplica no desvirtúan la situación evidenciada, el Hallazgo Administrativo N.° 3 se mantiene en firme y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

4. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°4-RECONOCIMIENTO Y PAGO DE VIÁTICOS SIN ACTO ADMINISTRATIVO QUE CONFIERA LA COMISIÓN

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"La subdirección reconoce que, en este caso, no se encontró en el expediente el acto administrativo que confiriera formalmente la comisión de servicios y ordenara el reconocimiento de los viáticos. Se trata de una omisión de carácter formal y de trámite, que no alteró la legalidad sustancial del gasto, por las siguientes razones:

- *La comisión respondió a una necesidad del servicio y fue autorizada por la directora Sandra Milena Rodríguez, según correo electrónico del 20 de marzo de 2026, enviado por la profesional universitaria Yaneth Vaquez que se encuentra en el Soportes: Anexo 2.*
- *El gasto contó con disponibilidad y registro presupuestal previos (CDP 26-00233 y RP 26-00543, del 26 de marzo de 2026), es decir, con anterioridad a la realización del evento, lo que demuestra que el compromiso fue planeado y respaldado presupuestalmente antes de ejecutarse.*
- *El valor reconocido corresponde exactamente a lo que establece la norma interna de viáticos, sin sobrecostos, y la comisión fue cumplida y soportada.*
- *No existe detrimento patrimonial: el recurso se pagó por un servicio efectivamente prestado a favor de la Entidad, por un valor ajustado a la tarifa aplicable.*

Soportes: Anexo 2https://ijdrbmanga-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/info_inderbu_gov_co/IgAZJeRpjnXvQac__PbV8DvRAeh3CMMsEYCus3P8p8SBmpc?e=1YhRkm".

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección reconoce que no existe el acto administrativo que confiriera la comisión y ordenara el reconocimiento de los viáticos, por lo que el hecho central del hallazgo se entiende aceptado. El correo electrónico del 20 de marzo de 2026 aportado como Anexo 2 no suple el acto administrativo. Según la propia réplica, fue enviado por una profesional universitaria y no por la ordenadora del gasto, de modo que, a lo sumo, informa sobre una autorización, pero no la constituye. Un correo tampoco reúne las formalidades del acto que confiere la comisión, que es el soporte que la Entidad exigió en los demás casos revisados.

Los demás argumentos no controvierten lo observado, porque el hallazgo ya reconoce que la liquidación se ajustó a la Resolución N.° 119 de 2025 y que la comisión se cumplió y quedó soportada. La existencia previa del CDP y del RP no subsana la omisión. Por el contrario, confirma la debilidad señalada: el compromiso y el pago se tramitaron sin verificar el acto que los autorizaba. En cuanto a la inexistencia de detrimento patrimonial, el hallazgo tiene carácter administrativo y no plantea un daño fiscal. Su fundamento

es la falta del acto que autoriza el gasto y la falla de los controles previos, aspecto sobre el cual la réplica no se pronuncia.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección acepta la inexistencia del acto administrativo y que los argumentos y soportes expuestos en la réplica no desvirtúan la situación evidenciada, el Hallazgo Administrativo N.° 4 se mantiene en firme y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

5. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°5- DEFICIENCIAS EN LAS CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LOS DEPÓSITOS DE ARCHIVO.

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"1. Marco normativo aplicable. La subdirección precisa muy respetuosamente y con todo el respeto que los Acuerdos 049 de 2000 y 006 de 2014 del AGN, citados en la observación, figuran como derogados por el Acuerdo 001 de 2024 (Acuerdo Único de la Función Archivística). Las condiciones de los depósitos se evalúan con ese acuerdo y con el artículo 13 de la Ley 594 de 2000.

2. Plan de conservación. En febrero de 2026 la Entidad aprobó el Sistema Integrado de Conservación (SIC) y publicó su cronograma de actividades en la página web institucional. Por eso la subdirección no comparte que haya carecido de un plan formalizado, y las acciones siguientes se ejecutan bajo ese cronograma.

3. Acciones realizadas:
Fumigación. Los días 16 y 17 de marzo de 2026 se realizó la primera jornada de fumigación y control de plagas, según contrato 393-2026, que reposa en los archivos de la entidad.
Evaluación técnica. Gestión Documental gestionó la visita técnica de la ARL, que consta en el acta 06 de 2026, para valorar los riesgos laborales y biológicos antes de intervenir los depósitos. Adecuación de infraestructura. Se solicitó formalmente al profesional de SST llevar el caso al COPASST, según el acta 07 de 2026, y se pidieron reuniones para diseñar estanterías técnicas.
Soportes: Anexo 3. https://ijdrbmanga-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/info_inderbu_gov_co/IgDoi6oVBO05RaTcxdINCZj4AaWeMYq36B8V7-PEhyhrNrE?e=UYojux"

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección no controvierte las condiciones evidenciadas en los depósitos: presencia de roedores en el Velódromo, ausencia de sistema contra incendios, ventilación y equipos de medición ambiental en el Archivo Central del Coliseo Bicentenario, y actividades pendientes de limpieza especializada, adecuación de infraestructura y segunda fumigación.

Se acepta la precisión sobre el marco normativo. Los acuerdos del AGN sobre conservación documental fueron derogados por el artículo 10.1 del Acuerdo 1 de 2024, que establece el Acuerdo Único de la Función Archivística. En consecuencia, el criterio del hallazgo se ajusta al artículo 13 de la Ley 594 de 2000 y al Acuerdo 001 de 2024. Este ajuste no altera el hallazgo, porque las obligaciones sobre condiciones de los depósitos siguen vigentes en el acuerdo único. También se acepta que la Entidad cuenta con el Sistema Integrado de Conservación (SIC), aprobado en febrero de 2026, por lo que la causa se ajusta. La deficiencia no radica en la ausencia de un plan formalizado, sino en la falta de ejecución oportuna de las actividades de conservación y adecuación.

Las acciones descritas no superan la situación observada. La primera fumigación se realizó en marzo de 2026, y a la fecha de la auditoría persistían roedores y estaba pendiente la segunda jornada. La visita de la ARL y la solicitud al COPASST son actuaciones de diagnóstico y gestión que no se han traducido en la adecuación de la infraestructura, la instalación del sistema contra incendios, la ventilación ni los equipos de medición ambiental. Por tanto, el riesgo de deterioro y pérdida de la documentación se mantiene.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección no controvierte las condiciones evidenciadas en los depósitos y que las acciones expuestas en la réplica no han superado la situación observada, el Hallazgo Administrativo N.° 5 se mantiene en firme, con el ajuste del criterio normativo al Acuerdo 001 de 2024 y de la causa a la falta de ejecución oportuna del SIC, y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

6. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°6 – INSUFICIENCIA DEL ESQUEMA DE COPIAS DE RESPALDO DE LA NAS INSTITUCIONAL

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"Frente a la observación formulada, esta Subdirección, con base en el informe técnico emitido por el área de Sistemas, aclara que no existió una ausencia o pérdida absoluta de las copias de seguridad. Si bien la auditoría evidenció que los archivos no se encontraban en el repositorio central de la NAS, el control de salvaguarda de la información sí se ejecutó materialmente, encontrándose los datos asegurados en un medio de almacenamiento alterno.

Asimismo, frente a la falta de redundancia de hardware, la administración demuestra que actuó con planeación y debida diligencia anticipada, habiendo identificado y escalado esta necesidad de manera previa a la actuación de la auditoria del área de control interno.

Para subsanar las observaciones que componen este hallazgo, la subdirección expone y soporta las siguientes acciones ejecutadas:
Sobre la existencia material de las copias de respaldo (Backus): Se precisa que las copias de seguridad de las diferentes dependencias sí fueron generadas con corte al 30 de agosto de 2026. Dichos respaldos se encontraban resguardados temporalmente en el disco duro externo institucional de 2 TB destinado para tal fin. La observación documentada por la auditoría obedece a un aspecto de forma operativo, consistente en que se encontraba pendiente el traslado definitivo de dichos paquetes de datos desde el disco externo hacia el repositorio central de la NAS.

- *Subsanación inmediata: Durante la etapa de respuesta a este informe, el área de Sistemas completó la transferencia y consolidación de la información hacia la NAS institucional, garantizando su disponibilidad en la ruta oficial establecida (/300-ADMINISTRATIVA_FINANCIERA/450 - SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN/SISTEMAS/COPIAS DE SEGURIDAD/AÑO CORRESPONDIENTE).*
- *Soportes aportados: Se anexan a la presente respuesta:*
    a. *Los pantallazos con las rutas que evidencian las copias resguardadas en el disco de 2 TB y su respectivo cargue actual en la NAS.*
    b. *Los formatos institucionales de reporte de copias de seguridad (PA.05-F09) debidamente diligenciados, los cuales otorgan trazabilidad a la ejecución del control.*

Sobre la adquisición de hardware para redundancia y recuperación: De conformidad con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en su política de Seguridad Digital, el área de Sistemas del INDERBU ya había identificado, mapeado y comunicado formalmente el riesgo de falla física del servidor NAS principal.

Debida Diligencia: Demostrando una gestión proactiva frente a la mitigación de este riesgo, el área de Sistemas ya estructuró los requerimientos tecnológicos necesarios. Para tal fin, se adjunta la ficha técnica del hardware de respaldo propuesto. Este documento técnico servirá como insumo fundamental para instalar mesas de concertación entre el área de Sistemas y la Subdirección Administrativa y Financiera, con el propósito de evaluar las alternativas del mercado, analizar la viabilidad presupuestal y tomar la decisión final de compra de manera articulada.

En virtud de lo expuesto, al demostrarse documentalmente que las copias de respaldo sí existían en un medio alterno (subsanando su ubicación final) y que el riesgo de hardware ya estaba identificado y en trámite de gestión presupuestal por parte del área competente, solicitamos de manera respetuosa la reclasificación de la observación y el cierre del presente hallazgo.
Soportes: Anexo 4 https://ijdrbmanga-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/info_inderbu_gov_co/IgBHVqUrpWBKRYknVyQ9otAuAfC1T8tmu4amyrebsWd9qYE?e=rIJHJg".

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección centra su réplica en la existencia de las copias de respaldo y en la redundancia de hardware. No se pronuncia sobre la ausencia de una política formal de copias de respaldo ni sobre la falta de incorporación de los riesgos tecnológicos en la matriz de riesgos de seguridad de la información, por lo que esos componentes del hallazgo se entienden aceptados.

Los soportes aportados, que son los pantallazos de las rutas y los formatos PA.05-F09, acreditan que se generaron copias con corte al 30 de agosto de 2026 y que se encontraban en un disco duro externo de 2 TB. Esto demuestra que el control se ejecutó de manera parcial. Sin embargo, la acción presentada como subsanación, trasladar esas copias al repositorio de la NAS, no corrige la debilidad observada. Una copia de respaldo almacenada en el mismo equipo cuya información respalda no garantiza la recuperación ante una falla física de ese equipo, riesgo que ya se materializó con el daño ocasionado por el apagón. Además, un único disco externo, sin periodicidad definida ni política que regule el procedimiento, no constituye un esquema de respaldo que asegure la disponibilidad de la información institucional.
En cuanto a la redundancia de hardware, la Subdirección afirma que el riesgo fue identificado y comunicado antes de la auditoría, pero no aporta soporte de esa comunicación ni evidencia su inclusión en la matriz de riesgos. La ficha técnica del equipo propuesto es un insumo preliminar, la propia réplica indica que servirá para instalar mesas de concertación y analizar la viabilidad presupuestal, lo que confirma que, a la fecha, no existe gestión presupuestal ni contractual para la adquisición, por esta razón no procede la solicitud de reclasificación ni de cierre del hallazgo.
Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección no controvierte la ausencia de política de respaldo ni la falta de incorporación de los riesgos en la matriz, y que las acciones expuestas en la réplica no garantizan la recuperación de la información ante una falla del servidor NAS, el Hallazgo Administrativo N.° 6 se mantiene en firme y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

7. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°7- AUSENCIA DE POLÍTICA INTERNA DE DESCONEXIÓN LABORAL (LEY 2191 DE 2022)

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"A la fecha, la subdirección no ha adoptado la política interna de desconexión laboral. Contenido de la política. Se formulará conforme a la Ley 2191 de 2022 e incluirá la definición de la jornada y de los tiempos de descanso, los canales y horarios de comunicación, las excepciones por necesidades del servicio y su registro, los deberes de los jefes, y el procedimiento para presentar y atender las quejas por su vulneración".

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección reconoce que, a la fecha, no ha adoptado la política interna de desconexión laboral exigida por el artículo 5 de la Ley 2191 de 2022, por lo que la situación evidenciada se entiende aceptada. El contenido propuesto para la política es pertinente, pero corresponde a un compromiso futuro, sin fecha de adopción ni responsable designado. Mientras la política no se adopte, persisten la ausencia de lineamientos sobre el derecho a la desconexión y la falta de un procedimiento para atender las quejas por su vulneración.
Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección reconoce que no ha adoptado la política interna de desconexión laboral, el Hallazgo Administrativo N.° 7 se mantiene en firme y deberá incluirse en el Plan de

Mejoramiento.

8. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°8 – PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DESACTUALIZADOS

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

"La subdirección ha analizado la observación y la acepta. Reconoce que los veintiún (21) procedimientos de la Subdirección Administrativa y Financiera, correspondientes a los procesos de Gestión de las Tecnologías, Gestión Documental, Gestión del Talento Humano (GETH y SST) y Gestión Financiera, no han sido actualizados ni aprobados con la imagen institucional vigente, si bien se ha venido trabajando y se ha adelantado la actualización de los mismos, como reposa en los borradores de trabajo y soportes adjuntos a esta respuesta. Para subsanar definitivamente este hallazgo, se incluirá la acción en el respectivo Plan de Mejoramiento, estableciendo un cronograma para culminar su revisión, aprobación y publicación oficial en el Sistema Integrado de Gestión".

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección acepta expresamente la observación y reconoce que los veintiún (21) procedimientos de los procesos de Gestión de las Tecnologías, Gestión Documental, Gestión del Talento Humano (GETH y SST) y Gestión Financiera no han sido actualizados ni aprobados con la imagen institucional vigente. Los borradores de trabajo aportados evidencian que se ha avanzado en la actualización. Sin embargo, mientras esos documentos no sean revisados, aprobados y publicados en el Sistema Integrado de Gestión, no reemplazan a los procedimientos vigentes, y la situación evidenciada se mantiene. La réplica tampoco controvierte el criterio normativo, la causa ni los efectos señalados por la auditoría. Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección acepta la observación y que los borradores aportados no constituyen procedimientos aprobados, el Hallazgo Administrativo N.° 8 se mantiene en firme y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

9. HALLAZGO ADMINISTRATIVO N°9- DEBILIDADES EN EL CONTROL DEL RECAUDO Y LA RECUPERACIÓN DE LA CARTERA.

Respuesta Subdirección Administrativa y Financiera:

1. *"Cuentas por cobrar al Municipio por recursos de la Ley 181 de 1995 ($478.605.360). La Entidad reconoce que la gestión de cobro se limitó a comunicaciones por correo electrónico y que no se formalizó con otros mecanismos. Precisa que:*
   - *El deudor es el Municipio de Bucaramanga, entidad pública con la cual la Entidad mantiene relación por lo que el riesgo de incumplimiento es bajo y la obligación reconocida en actos administrativos.*
   - *Se adelantarán gestiones formales: oficios radicados, mesa de trabajo con la Secretaría de Hacienda, acuerdo de pago o inclusión en el presupuesto municipal, y seguimiento mensual con acta.*
   - *Es pertinente aclarar que, a la fecha de corte del requerimiento de la auditoría, la obligación aún no había sido cancelada. Dicho pago se hizo efectivo el 5 de agosto de 2026." (se adjunta extracto bancario de la cuenta de ahorros N°4384 del banco AV VILLAS)*

2. *Cartera de incapacidades y arrendamientos 2021-2023 ($21.145.435,97). La Entidad acepta que los soportes de esta gestión no estaban consolidados en un expediente institucional, lo que afectó su trazabilidad. Sin embargo, se adelantó gestión de cobro, que ahora se documenta y se anexa:*

a) Incapacidades – Coomeva EPS S.A. (en liquidación).
- *La Entidad presentó su acreencia, que la liquidadora calificó mediante la Resolución A-016485 del 19 de julio de 2023, reconociendo un crédito de $6.636.237 como excluido de la masa.*

- *Terminada la existencia legal de la EPS (Resolución L-002 de 2024), los pagos remanentes están a cargo de su mandatario, RACIL Asesorías S.A.S., que no es sucesor de la EPS.*
- *Atendiendo los requerimientos del mandatario (comunicados 7173-2025 y 10238-2025), la Entidad cargó su certificación bancaria el 15 de diciembre de 2025 y, al no recibir el pago, lo reiteró el 22 de junio de 2026.*
- *El 16 de julio de 2026 (radicado 5861-2026), el mandatario respondió que el pago es de $1.254.296,06, equivalente al 18,90 % del valor reconocido, que no hay recursos adicionales y que, si se recaudan más, se pagarán a prorrata.*
- *Por tratarse de una liquidación con pago a prorrata, el saldo no recuperable se someterá al Comité de Sostenibilidad Contable para evaluar su deterioro o baja, con los soportes anexos, de modo que las cuentas por cobrar reflejen valores recuperables.*

b) Cobro judicial – proceso ejecutivo 68001-3333-003-2017-00319-00 (Juzgado Tercero Administrativo Oral de Bucaramanga). (Incluir solo si hace parte de esta cartera; ver punto 1 abajo.)

- *El Juzgado decretó embargo y retención de dineros hasta $12.400.000 mediante auto del 4 de junio de 2025 (oficio 141).*
- *El apoderado comunicó la medida a las entidades financieras (Bancamía, el 9 de octubre de 2025; Banco Cooperativo Coopcentral, el 14 de abril de 2026).*
- *El 6 de marzo de 2026 presentó la liquidación actualizada del crédito, con corte al 28 de febrero de 2026: capital $10.124.734, intereses $7.893.387 y costas $262.000, para un total de $18.280.121 (frente a $16.820.579 al 30 de abril de 2025).*

Soportes: Anexo 6 https://ijdrbmanga-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/info_inderbu_gov_co/IgDg2M5_VumvQY-duTOMqX7BAUI4_T2dTusy6BTaphxodG8?e=JTWoJf".

Análisis de la réplica por parte de la Oficina de Control Interno:

La Subdirección acepta que el cobro de los recursos de la Ley 181 de 1995 a cargo del Municipio de Bucaramanga se limitó a comunicaciones por correo electrónico. Sin embargo, con el extracto bancario de la cuenta de ahorros N.° 4384 del Banco AV Villas, acredita que el pago de la obligación por $478.605.360 se hizo efectivo el 5 de agosto de 2026. En consecuencia, se considera subsanado este componente del hallazgo, en la medida en que la obligación fue recaudada y no subsiste el riesgo de prescripción ni de sobreestimación sobre ese valor. No obstante, que el pago no se reflejara oportunamente en el saldo de cuentas por cobrar reportado a la auditoría es consistente con las debilidades de la Tesorería en la identificación y aplicación de los pagos.

Sobre la cartera de incapacidades y aprovechamientos económicos de 2021 a 2023 ($21.145.435,97), la Subdirección acepta que los soportes de la gestión de cobro no estaban consolidados en un expediente institucional. Los documentos aportados acreditan la gestión adelantada ante Coomeva EPS en liquidación y su mandatario, lo cual se reconoce. Sin embargo, la recuperación informada equivale al 18,90 % del crédito reconocido, y el saldo deberá someterse al Comité de Sostenibilidad Contable, lo que confirma el riesgo de sobreestimación. En cuanto al proceso ejecutivo 68001-3333-003-2017-00319-00, la réplica no establece que corresponda a la cartera observada, y tampoco explica la gestión sobre la totalidad de ese valor, en particular los aprovechamientos económicos.

Finalmente, la Subdirección no se pronuncia sobre la falta del reglamento interno de recaudo de cartera exigido por la Ley 1066 de 2006 ni sobre las debilidades de la Tesorería en la identificación de pagos y mora de los escenarios, la recepción tardía de soportes y las consignaciones no identificadas, por lo que esos aspectos se entienden aceptados.

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la Subdirección acreditó el recaudo de la obligación a cargo del Municipio por $478.605.360, se retira este componente del hallazgo. Respecto de la cartera de

incapacidades y aprovechamientos económico de 2021 a 2023 por $21.145.435,97, la falta del reglamento interno de recaudo y las debilidades en la Tesorería, los argumentos expuestos no desvirtúan la situación evidenciada. Por ello, el Hallazgo Administrativo N.° 9 se mantiene en firme en esos aspectos y deberá incluirse en el Plan de Mejoramiento.

7. FORTALEZAS

- **PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

1. Las necesidades de bienestar y capacitación se identificaron y priorizaron en correspondencia con el PIBE y el PIC 2026, y cuentan con seguimiento mensual mediante matrices de cronograma programado/ejecutado, con cortes de febrero a agosto.
2. En integridad y transparencia, se realizaron siete socializaciones con 165 registros de asistencia, y la segunda jornada sobre conflicto de intereses surgió como acción de mejora. Además, el seguimiento a las Personas Expuestas Políticamente llevó la publicación de sus declaraciones del 25 % al 100 %, y los 19 funcionarios de planta entregaron la declaración de bienes y rentas.
3. En el SG-SST, la autoevaluación de estándares mínimos de 2025 obtuvo una calificación del 100%, la matriz de peligros se encuentra actualizada a agosto de 2026 y se desarrollaron talleres con la ARL e inspecciones directas a los escenarios deportivos.

- **PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**

1. Se ejecutaron las tres transferencias documentales primarias programadas para 2026, con sus actas y FUID. El requerimiento formal a las dependencias productoras resultó efectivo, pues permitió reconstruir los estados financieros de Tesorería 2023 que no se habían localizado. Para el rezago histórico de clubes deportivos se aplicó un corte documental técnico.
2. Frente a los riesgos por roedores y deficiencias de infraestructura en los depósitos, el proceso capacitó al personal en riesgo biológico, solicitó estantería, realizó la primera jornada de fumigación y formuló un plan de acción a partir de los resultados del FURAG. A la fecha no se evidencia pérdida documental; no obstante, estas acciones son parciales y no subsanan las deficiencias señaladas en el hallazgo correspondiente.
3. Como control compensatorio frente a las fallas del sistema GSC, la Ventanilla Única revisó manualmente las peticiones del primer semestre de 2026 y reportó las falencias identificadas a la Dirección y a Control Interno. Asimismo, la Subdirección elaboró el proyecto de un nuevo procedimiento para la Ventanilla Única (versión 01 del 11 de septiembre de 2026), que incorpora actividades de verificación de competencia, seguimiento semanal, alertas tempranas de vencimiento e indicadores de oportunidad, incumplimiento y carga operativa por dependencia. No obstante, dicho procedimiento se encuentra pendiente de aprobación, por lo que la efectividad de estas medidas podrá evaluarse una vez sea adoptado e implementado.
4. Los contratos de 2026 se encuentran actualizados en la NAS institucional, se digitalizaron 19 historias laborales y se organizaron cuatro años de documentación de la Oficina Jurídica. Se cuenta además con un borrador del diagnóstico de archivos digitales, pendiente de aprobación. Cabe señalar que la preservación de la información digitalizada depende de que se subsane la falta de copias de respaldo de la NAS.

- **PROCESO GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS**

1. Las herramientas de protección perimetral funcionaron de manera efectiva en los periodos soportados. El firewall con seguridad gestionada de Telefónica y la herramienta Wordfence bloquearon preventivamente los intentos sospechosos, sin que se materializaran ataques cibernéticos ni accesos no autorizados. Estos controles se complementan con la verificación en sitio

del antivirus en 59 de los 72 equipos de cómputo, soportada en actas con identificación por placa de inventario.
2. El proceso cuenta con un inventario tecnológico actualizado, a partir del cual se elaboraron dos diagnósticos sobre la antigüedad del hardware y las dependencias con información sensible. Además, se ejecutaron mantenimientos preventivos documentados con fichas técnicas firmadas y se implementó un esquema de control de acceso a la NAS con permisos diferenciados por carpeta y caducidad de los usuarios contratistas, el cual, no obstante, requiere fortalecerse en su ejecución.
3. En materia de transparencia y planeación, la Entidad diligenció la Matriz ITA 2026 dentro del plazo establecido por la Procuraduría y mantiene tres conjuntos de datos abiertos publicados en datos.gov.co. Adicionalmente, cuenta con el PETIC actualizado y aprobado, y realizó tres socializaciones de la Política de Gobierno Digital.

- **PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS**

1. El valor total de las ocho entradas de almacén de junio y agosto de 2026 (26-00002 a 26-00009) coincide con el de sus respectivas facturas, incluido el IVA. Además, los ocho bienes de muebles y enseres de la entrada 26-00006 se incorporaron con placa, dependencia asignada y cuenta contable. No obstante, se identificaron diferencias en valores unitarios, especificaciones técnicas y codificación de artículos, señaladas en la observación correspondiente.
2. Entre enero y abril de 2026 se realizó la toma física de inventarios a los 19 funcionarios de planta. Los listados generados en el Sistema ECO GD fueron verificados bien por bien, firmados por la Almacenista General y por cada responsable, y actualizados en el sistema, lo que permite identificar al responsable de cada bien. Sin embargo, no se consolidaron las diferencias encontradas ni las acciones adelantadas para cada una.
3. El programa de seguros se renovó mediante el proceso SA-MC-01-2026 sin interrupción entre la vigencia anterior y la nueva. Las cinco pólizas requeridas están vigentes del 5 de mayo de 2026 al 5 de mayo de 2027, y la aseguradora amplió varios límites sin cobro adicional de prima, lo que mejora la protección patrimonial sin mayor costo para la Entidad.
4. El Plan Anual de Adquisiciones 2026 y sus actualizaciones mensuales de enero a agosto se encuentran publicados en la página web institucional, sin que se evidenciaran meses sin actualización en el periodo evaluado, lo que facilita su consulta por parte de la ciudadanía.

- **PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

1. Los aportes a seguridad social y parafiscales del periodo enero–agosto de 2026 se pagaron oportunamente, dentro de los plazos legales, por lo que la Entidad no incurrió en intereses de mora ni sanciones.
2. Los controles de validación previa a la liquidación de la nómina permitieron que los conceptos pagados fueran consistentes con las liquidaciones, sin novedades extemporáneas ni reclamaciones en el periodo, por lo que no fue necesario diligenciar el formato de reporte de diferencias. Los reportes definitivos, sus soportes y los documentos presupuestales se encuentran organizados por mes en la NAS institucional, lo que facilita su consulta y trazabilidad.
3. Los controles sobre los tokens bancarios están formalmente diseñados y documentados: se almacenan en cajas de seguridad, se entregan mediante actas individualizadas por número de serie y se registran las novedades ante la desvinculación o reasignación de los responsables. Además, la Entidad mantiene la segregación de funciones y los usuarios autorizados en las plataformas bancarias coinciden con los designados en las resoluciones vigentes.
4. Los controles financieros del Plan de Acción se ejecutaron de manera oportuna durante el periodo enero–agosto de 2026: las conciliaciones bancarias de la totalidad de las cuentas y los seguimientos mensuales del PAC se realizaron dentro de los primeros diez (10) días de cada mes, y los reportes de ejecución presupuestal y los estados financieros se elaboraron, transmitieron a la CGN dentro de los plazos establecidos y publicaron en la página web institucional, lo que fortalece la transparencia y la rendición de cuentas de la Entidad.

5. La entidad conservó soportes adecuados de sus modificaciones presupuestales y reportó oportunamente la ejecución en la plataforma CHIP. Además, cumplió sus obligaciones tributarias sin sanciones ni intereses.
6. El saneamiento contable permitió conciliar los saldos de propiedades, planta y equipo entre Contabilidad y Almacén, y las cuentas de cobro de los contratistas se pagaron en promedio en 2,4 días hábiles, sin devoluciones.

8. DEBILIDADES

- **PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO**

1. La Subdirección no cuenta con un cronograma anual de vacaciones. Once de los diecinueve servidores registran catorce periodos causados y no disfrutados, y existen acumulaciones que superan el límite legal sin resolución motivada de aplazamiento, lo que contraviene el Decreto Ley 1045 de 1978 e incrementa el pasivo laboral de la entidad.
2. Se efectuó un pago de viáticos por $1.886.025,20 sin el acto administrativo que confiriera la comisión y ordenara su reconocimiento, debido a fallas en los controles previos tanto en el registro presupuestal como en el trámite de pago. A esto se suma una ejecución de apenas el 9,5 % de la bolsa de capacitación y viáticos del acuerdo sindical a tres meses del cierre de la vigencia.
3. Se evidencian debilidades de trazabilidad documental. Hay expedientes laborales con foliación incompleta y sin las resoluciones de 2026, y no se realizó el cruce de las fechas de cobertura de la ARL con la vigencia laboral y contractual. Tampoco se documentaron el cierre de las acciones pendientes de las inspecciones, los soportes del plan de mejora del SG-SST ni el detalle individual de los accidentes de trabajo.

- **PROGRAMACION Y SEGUIMIENTO VACACIONES FUNCIONARIOS PÚBLICOS**

La programación y el seguimiento de las vacaciones presentan debilidades que favorecen la acumulación de periodos. El cronograma de la vigencia 2026 es un archivo de Excel que solo incluye a quince (15) de los diecinueve (19) servidores de planta y no registra fecha de elaboración, aprobación ni socialización, por lo que no cumple la función de un cronograma anual que organice el disfrute de las vacaciones de todos los servidores. Por su parte, el único seguimiento realizado fueron los correos del 18 de junio de 2026, enviados a mitad de la vigencia y reenviados parcialmente el 1 de julio; las respuestas fueron parciales, tentativas o sin fecha definida, y no se adelantaron acciones posteriores para evitar la acumulación de periodos.

- **ACUERDOS COLECTIVOS SINDICALES – CAPACITACIONES Y VIATICOS**

1. La matriz de seguimiento a los compromisos de los acuerdos colectivos sindicales no incluye el porcentaje de avance ni las acciones frente a los compromisos pendientes, y establece plazos genéricos. Además, reporta como "en cumplimiento" compromisos con plazo vencido o con evidencias que no corresponden, y el instrumento de seguimiento no se encuentra formalizado.
2. Se evidencia una baja ejecución de la bolsa de capacitación y viáticos pactada en el acuerdo sindical: De los $25.000.000 acordados, a fecha de corte solo se ha ejecutado el 9,5 %, destinado únicamente a inscripciones. Esta situación refleja debilidades en la planeación y, dado que el saldo no comprometido no se traslada a la vigencia 2027, genera el riesgo de que los servidores pierdan este beneficio.
3. Los controles en el trámite de comisiones y viáticos son insuficientes, toda vez que se pagaron viáticos por $1.886.025,20 sin el acto administrativo que confiriera la comisión. Además, dos resoluciones ordenan el giro del valor de los tiquetes sin exigir su legalización.

- **PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**

1. El procedimiento PM.08-PD01 "Gestión de Solicitudes Ciudadanas" no ha sido actualizado desde su aprobación en diciembre de 2023. Presenta inconsistencias en su codificación y en el proceso al que pertenece, omite normas esenciales como la Ley 1755 de 2015 y la Ley 594 de 2000, y no incorpora los controles que se aplican en la práctica.
2. El sistema GSC presenta inconsistencias de trazabilidad, ya que no refleja el estado real de las peticiones, duplica radicados, no genera número de salida y permite cerrar peticiones sin el soporte de la respuesta.
3. Se incumplen los términos de respuesta y existen deficiencias en el reparto. El 28,5 % de las PQRSD radicadas (414 de 1.455) se atendió fuera del término legal, y 40 continúan sin respuesta. El incumplimiento se concentra en la Subdirección Técnica y la Oficina Jurídica, y la existencia de radicados sin dependencia asignada evidencia debilidades en el direccionamiento desde la Ventanilla Única.
4. La información del sistema no es confiable, ya que el 38 % de los radicados (556) figura como abierto a pesar de haber sido gestionado, lo que distorsiona los indicadores y dificulta el seguimiento.
5. Los recursos humanos y financieros del proceso son insuficiente, cinco de las seis personas que lo integran son contratistas de corta duración y no existe un rubro presupuestal propio, lo que dificulta la continuidad de las actividades.
6. El seguimiento al PINAR es poco confiable. Más del 95 % de las metas no registra resultados, el acumulado no coincide con los resultados mensuales y algunos porcentajes no reflejan la gestión real.
7. Varias metas presentan rezago y no tienen cronograma. El Inventario en Estado Natural va en 18 % y la organización en la NAS en 10 %. Además, la preservación digital está atrasada, el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (SGDEA) no se ha adquirido y los instrumentos pendientes carecen de fechas y responsables.

- **PROCESO GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS**

1. La Entidad no cuenta con un esquema institucional de copias de seguridad. La NAS no tiene un respaldo programado ni redundancia de hardware, pese a haber sufrido recientemente un daño físico. Los respaldos evidenciados son cinco copias de archivos de usuarios, realizadas a solicitud, y copias almacenadas en un único disco duro externo de 2 TB. Ninguno tiene periodicidad definida ni protección frente a ransomware. Además, los aplicativos institucionales no tienen copias programadas, no se han realizado pruebas de restauración y estos riesgos no se encuentran incorporados en la matriz de riesgos de seguridad de la información.
2. La gestión de accesos a la NAS no está formalizada en un procedimiento, no hay responsables de autorización definidos, las dependencias no están obligadas a reportar las novedades de personal, y no se evidencian revocaciones efectivas ni revisión de los registros de actividad. Adicionalmente, las recomendaciones del informe técnico continúan pendientes desde la primera entrega.
3. Persisten vulnerabilidades en la infraestructura tecnológica. El portal web opera con una versión de PHP sin soporte de seguridad y mantiene elementos críticos y plugins sin actualizar, y el análisis de vulnerabilidades no se realizó en junio ni abarcó la Sede Electrónica ni los demás servicios expuestos en internet. A esto se suma que 35 equipos operan con Windows 10 sin un plan de renovación tecnológica, y que el diagnóstico de hardware no incluye los servidores ni la NAS.
4. El control sobre los bienes informáticos es limitado. Las visitas de verificación se enfocaron en el antivirus y no cubrieron la totalidad de los equipos (59 de 72), y el inventario presenta inconsistencias en ubicaciones, seriales y responsables.
5. Los instrumentos de planeación carecen de mecanismos de medición. El PETIC y el PESI no tienen metas ni indicadores, los seguimientos no cubren la totalidad del semestre, y el inventario de activos de información y el diagnóstico de la Fase 1 de IPv6 siguen pendientes. Tampoco se midió la

apropiación de las socializaciones ni se definieron la periodicidad, los responsables y los criterios de calidad de los datos abiertos.

- **PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS**

1. La recepción de bienes no cuenta con un seguimiento documentado. La Subdirección se limitó a anexar las entradas de almacén y las facturas, y afirmó que no se presentaron diferencias. No obstante, el equipo auditor identificó ajustes manuales de valores unitarios sin soporte en las facturas FEV-7342, FEV-7346 y F388; especificaciones técnicas distintas a las facturadas en celulares, hipoclorito de calcio, cable de cobre y guantes; el registro del número de la orden de compra en lugar del de la factura en la entrada 26-00005, e inconsistencias en la codificación del catálogo de artículos.
2. Las diferencias encontradas en la toma física de inventarios se anotaron en cada listado individual, pero no se consolidaron. No se cuenta con un documento que cuantifique el número de bienes con diferencias, su tipo y su valor, ni con un registro de las acciones adelantadas, lo que impide medir los resultados del comparativo entre el inventario físico y el Sistema ECO GD.
3. Si bien las actualizaciones del Plan Anual de Adquisiciones se encuentran publicadas en la página web institucional, no es posible establecer la fecha en que cada una fue reportada al área de Sistemas ni la fecha de su publicación en SECOP II. Por esta razón, no se puede demostrar que las actualizaciones se hayan realizado dentro de los plazos establecidos.

- **PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

1. El procedimiento de expedición de CDP y RP no contempla la verificación del documento que soporta el compromiso según la naturaleza del gasto, lo que permitió expedir el registro presupuestal 26-00543 para el pago de viáticos sin el acto administrativo que confiriera la comisión.
2. El libro físico de control de entrega de los documentos presupuestales está incompleto, toda vez que algunos CDP y RP expedidos en el periodo no fueron registrados en él, lo que debilita la trazabilidad de su entrega a los solicitantes.
3. Los soportes de la nómina y los documentos presupuestales se almacenan en la NAS institucional, que no cuenta con copias de respaldo, por lo que su conservación no está asegurada ante una falla del equipo.
4. La elaboración de las conciliaciones bancarias depende exclusivamente del Tesorero, sin que exista un reemplazo formalmente designado para sus ausencias por vacaciones, licencias o incapacidades, lo que pone en riesgo la continuidad y oportunidad de este control.
5. La Tesorería no cuenta con un procedimiento ni con un cruce de información que le permita identificar qué usuarios de los escenarios deportivos han pagado y cuáles se encuentran en mora. A esto se suman el retraso en la remisión de los soportes de pago por parte del área operativa y la existencia de consignaciones no identificadas, que la Tesorería debe aclarar manualmente.
6. La entidad no ha adoptado el reglamento interno de recaudo de cartera. Adicionalmente, los procedimientos de la Subdirección se encuentran desactualizados, lo que limita su uso como referencia para la ejecución y evaluación de las actividades.

9. ASPECTOS POR MEJORAR

- **PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO**

1. Programación de vacaciones. Elaborar, aprobar y socializar en el mes de enero de cada vigencia el cronograma de vacaciones de la totalidad de los servidores, priorizando el disfrute de quienes registran dos o más periodos acumulados, y expedir resolución motivada de aplazamiento cuando las necesidades del servicio impidan su disfrute.

2. Reconocimiento y legalización de viáticos. Establecer como requisito para el registro presupuestal y el giro de viáticos la existencia del acto administrativo que confiera la comisión y ordene su reconocimiento. Así mismo, incluir la obligación de legalizar los tiquetes en toda resolución que autorice su giro al servidor, y planear la ejecución de la bolsa de capacitación y viáticos antes del 31 de diciembre de cada vigencia.
3. Gestión documental de los expedientes laborales. Revisar nuevamente los diecinueve (19) expedientes laborales para corregir la foliación errónea evidenciada en la mayoría de ellos, e incorporar las resoluciones expedidas durante la vigencia 2026 mediante las cuales se concedieron viáticos y comisiones a los servidores, conforme a las normas de gestión documental.
4. Control a las declaraciones de bienes y rentas. Incluir en el informe de bienes y rentas la verificación de la publicación de las declaraciones en el SIGEP y de la oportunidad de su presentación, y ajustar su contenido para proteger la información personal de los servidores, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012.
5. Identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEP). Incorporar al procedimiento la identificación de los PEP y documentar, cargo por cargo, el análisis jurídico realizado con base en las funciones de cada empleo, conforme al Decreto 830 de 2021. Así mismo, establecer controles preventivos que permitan su identificación y gestión oportuna, superando el carácter reactivo con el que operó el control.
6. Integridad y conflicto de intereses. Implementar el seguimiento a las declaraciones de conflictos de intereses de los servidores, aplicar evaluaciones o encuestas posteriores a las jornadas de integridad y conflicto de intereses, y calcular indicadores de cobertura frente al total de servidores y contratistas.
7. Seguimiento a ARL, SG-SST y acuerdos sindicales. Implementar matrices de seguimiento uniformes para la cobertura de la ARL, las acciones del SG-SST y los compromisos de los acuerdos sindicales, que registren la acción requerida, el responsable, el plazo, el estado de avance y la evidencia de cierre.
8. Evaluación de los planes de bienestar y capacitación. Aplicar encuestas de satisfacción al finalizar cada actividad del Plan Institucional de Bienestar e Incentivos (PIBE) y del Plan Institucional de Capacitación (PIC), y consolidar sus resultados en el seguimiento mensual y en el informe de cierre de la vigencia. Esto permitirá conocer la percepción de los servidores y la eficacia de las actividades, y contar con información para retroalimentar la formulación de los planes de la siguiente vigencia.

- **PROGRAMACION Y SEGUIMIENTO VACACIONES FUNCIONARIOS PÚBLICOS**

1. Priorizar el disfrute de los periodos pendientes: Programar de inmediato el disfrute de los catorce (14) periodos causados y no disfrutados. Primero deben atenderse los servidores con dos o más periodos acumulados, y posteriormente a quienes no han disfrutado vacaciones desde su vinculación. Si por necesidades del servicio no es posible conceder el disfrute, deberá expedirse la resolución motivada de aplazamiento, conforme a los artículos 13 y 14 del Decreto Ley 1045 de 1978.
2. Formalizar los aplazamientos mediante acto administrativo. Cuando las necesidades del servicio impidan el disfrute en la fecha programada, expedir oportunamente la resolución motivada de aplazamiento, conforme al artículo 14 del Decreto Ley 1045 de 1978, de manera que se respete el límite de acumulación de dos periodos previsto en el artículo 13 del mismo decreto.
3. Incluir el riesgo en el mapa de riesgos y controlarlo con el cronograma anual. Gestión del Talento Humano deberá incluir en el mapa de riesgos del proceso el riesgo de acumulación de periodos de vacaciones sin disfrute oportuno ni acto administrativo de aplazamiento. Como control, en enero de cada vigencia deberá elaborar, aprobar y socializar el cronograma de vacaciones de la totalidad de los servidores, y verificar su cumplimiento, dejando evidencia de cada seguimiento.

- **ACUERDOS COLECTIVOS SINDICALES – CAPACITACIONES Y VIATICOS**

1. Con corte a la fecha de la auditoría, la bolsa de capacitación y viáticos pactada en la Resolución

143 de 2024 presenta una ejecución de $2.387.100 sobre $25.000.000, equivalente al 9,5 %. Teniendo en cuenta que, en virtud del principio de anualidad (artículos 14 y 89 del Decreto 111 de 1996), las apropiaciones no comprometidas a 31 de diciembre expiran, se recomienda adelantar las acciones necesarias para ejecutar los recursos antes del cierre de la vigencia 2026, conforme a las necesidades de capacitación identificadas. Para las siguientes vigencias, se sugiere programar su uso desde enero, en articulación con el Plan Institucional de Capacitación, y realizar el seguimiento correspondiente.

2. Las Resoluciones 080, 093 y 109 de 2026 acumulan en un mismo acto la comisión de servicios, el reconocimiento de viáticos y el pago de la inscripción, conceptos de naturaleza jurídica distinta y sujetos a regímenes diferentes. Se recomienda expedir actos independientes para cada concepto o, en todo caso, consignar en el acto el valor autorizado para cada uno.
3. Se identificó un pago de viáticos por $1.886.025,20 sin el acto administrativo que confiriera la comisión, con un registro presupuestal soportado únicamente en la liquidación de nómina. Se recomienda incluir en el procedimiento un punto de control que exija dicho acto como requisito para comprometer y girar los recursos.
4. Las Resoluciones 080 y 093 de 2026 ordenan el giro directo al servidor del valor de los tiquetes sin establecer la obligación de legalizarlos con factura, pasabordo y certificación de permanencia, requisito que sí contempla la Resolución 109 de 2026. Se recomienda que todo acto administrativo que autorice este giro incluya expresamente dicha obligación.
5. La matriz de seguimiento a los acuerdos colectivos sindicales presenta 19 de 39 compromisos con información incompleta y no ha sido adoptada formalmente. Además, no incluye responsables, porcentaje de avance ni periodicidad de actualización, establece plazos genéricos y reporta como "en cumplimiento" compromisos con plazo vencido o con evidencias que no corresponden. Se recomienda formalizarla, completar estos campos, validar las evidencias de cada compromiso y actualizarla periódicamente.

- **PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL**

1. Evaluar la actualización del sistema GSC o la adquisición de una nueva herramienta que garantice la trazabilidad completa de las PQRSD, la radicación de las comunicaciones de entrada y salida, el control de los términos de respuesta y la seguridad de la información. En cualquiera de los dos casos, asegurar la titularidad de la Entidad sobre el software y los datos.
2. Actualizar y aprobar el procedimiento PM.08-PD01, incorporando la normativa vigente, la aplicación de las Tablas de Retención Documental para la conformación de los expedientes de PQRSD, indicadores de gestión, alertas tempranas de vencimiento de términos, mecanismos de seguimiento a las dependencias y controles de reparto desde la Ventanilla Única. Una vez aprobado, socializarlo con todas las dependencias de la Entidad.
3. Fortalecer los controles para garantizar el cumplimiento de los términos legales de respuesta, teniendo en cuenta que el 28,5 % de las solicitudes se atendió de forma extemporánea o permanece sin respuesta. Para ello, se sugiere implementar alertas tempranas de vencimiento en el sistema, realizar seguimiento periódico a las dependencias con mayor incumplimiento, en especial la Subdirección Técnica y la Oficina Jurídica, asegurar que todas las solicitudes sean asignadas a la dependencia responsable desde la Ventanilla Única y adelantar acciones de sensibilización con los servidores sobre la atención oportuna del derecho de petición.
4. Gestionar un rubro presupuestal propio para el proceso de Gestión Documental y asegurar la continuidad del personal, de manera que se pueda planear y hacer seguimiento al gasto del proceso, en lugar de mantenerlo disperso en distintos CDP y proyectos de inversión.
5. Priorizar la gestión de los recursos para la adecuación física de los depósitos de archivo, en particular la instalación de un sistema contra incendios, ventilación y medidores de condiciones ambientales en el Archivo Central del Coliseo Bicentenario, y la limpieza especializada del depósito del Velódromo. Respecto a la segunda jornada de fumigación, realizar un seguimiento coordinado y documentado con la Subdirección Técnica, de manera que se ejecute antes del cierre de la vigencia.

6. Actualizar mensualmente la matriz del PINAR, registrando el resultado de cada meta con su respectivo soporte y verificando la coherencia entre los resultados mensuales y el logro acumulado. Reportar el avance del Sistema Integrado de Conservación (SIC) de forma cuantificable y por separado para el Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital. Reportar el avance de las Tablas de Retención Documental (TRD) según el número de dependencias clasificadas frente al total de dependencias de la Entidad.
7. Formalizar un cronograma para el último cuatrimestre de 2026 que permita intervenir los 164 metros lineales pendientes del inventario en estado natural del archivo central, asignar los recursos humanos y presupuestales necesarios y realizar seguimiento periódico al avance, teniendo en cuenta que con corte al 30 de agosto de 2026 la ejecución es del 18 % (36 de 200 metros lineales).
8. Institucionalizar el requerimiento formal a las dependencias productoras para la entrega de la documentación, y replantear la estrategia de capacitación en gestión documental para mejorar la asistencia. Además, reportar en el PTEP los casos concretos de documentos faltantes o de difícil localización.

- **PROCESO GESTIÓN DE LAS TECNOLOGIAS**

1. Implementar de manera prioritaria un esquema institucional de copias de seguridad que cubra la NAS, los aplicativos y los equipos que resguardan información crítica, con periodicidad definida, copias aisladas de la red institucional y un protocolo formal de pruebas periódicas de restauración. Mientras se adquiere el sistema de respaldo de la NAS, realizar copias en medios alternos, instalar una UPS y disponer de repuestos críticos. Asimismo, formalizar la política de copias de respaldo e incorporar estos riesgos en la matriz de riesgos de seguridad de la información, con sus controles, responsables y fechas.
2. Formalizar un procedimiento de gestión de accesos a la NAS que defina quién autoriza, modifica y revoca los permisos, establezca la obligación de las dependencias de reportar las novedades de personal y exija dejar evidencia de las revocaciones efectuadas. Además, validar periódicamente con cada dependencia la pertinencia de los permisos, revisar los registros de actividad y atender las recomendaciones pendientes del informe técnico.
3. Ampliar el análisis de vulnerabilidades a la Sede Electrónica y a los demás servicios expuestos en internet, y definir una periodicidad que se cumpla de forma efectiva. En el portal web, culminar la remediación con la migración a PHP 8.3, la corrección de los elementos críticos y la actualización o depuración de los plugins.
4. Formular un plan de renovación tecnológica articulado con el presupuesto, que priorice los equipos con Windows 10 y los de mayor antigüedad, e incluir los servidores y la NAS en el diagnóstico de hardware. Asimismo, realizar verificaciones completas y periódicas del inventario tecnológico, documentar las novedades y sus acciones correctivas, y mantener depurada la información de ubicaciones, seriales y responsables.
5. Complementar el PETIC y el PESI con metas e indicadores, reprogramar los seguimientos para que cubran la totalidad del semestre, y culminar el inventario de activos de información y el diagnóstico de la Fase 1 de IPv6 antes del cierre de la vigencia. Además, medir la apropiación de las socializaciones y definir la periodicidad, los responsables y los criterios de calidad de los datos abiertos.

- **PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS**

1. Implementar actas de recibo firmadas por el almacenista y el supervisor del contrato, en las que se verifiquen las cantidades, los valores y las especificaciones técnicas de los bienes frente a la factura y la ficha técnica antes de su registro en ECO GD, dejando constancia de cualquier novedad y de la acción adoptada. Igualmente, depurar la codificación del catálogo de artículos del sistema para que cada artículo tenga un código único, corregir los registros con especificaciones distintas a las facturadas y soportar formalmente cualquier ajuste de valores.
2. Elaborar, al cierre de cada toma física de inventarios, un informe consolidado que cuantifique las

diferencias por número de bienes, tipo y valor, registre los ajustes realizados en ECO GD y deje constancia del responsable de cada acción. Esto permitirá medir los resultados del control y hacer seguimiento en las tomas físicas posteriores.

3. Conservar evidencia del reporte mensual de las actualizaciones del Plan Anual de Adquisiciones al área de Sistemas, mediante correo electrónico u oficio, así como de su fecha de publicación en SECOP II, con el fin de demostrar la oportunidad de las actualizaciones programadas para el segundo semestre de 2026.

- **PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

1. Actualizar el procedimiento de expedición de CDP y RP, incorporando un punto de control que verifique, antes de expedir el registro presupuestal, la existencia del soporte que corresponda a cada tipo de gasto (contrato, liquidación de nómina o acto administrativo).
2. Los CDP y RP expedidos entre enero y agosto de 2026 se encuentran registrados en el sistema de información financiera y organizados por mes en la NAS institucional. Sin embargo, el libro físico utilizado para controlar la entrega de estos documentos a los solicitantes no se diligencia de manera completa, toda vez que algunos CDP y RP no fueron registrados en él. Al tratarse de un registro manual no articulado con el sistema financiero, este control es susceptible de omisiones, lo que puede generar pérdida de trazabilidad sobre los documentos entregados y dificultades para atender oportunamente reclamaciones por desconocimiento de su entrega. Se recomienda evaluar la migración del libro manual a una herramienta digital, preferiblemente integrada al sistema financiero, que permita registrar la totalidad de los documentos expedidos y dejar evidencia de su entrega; mientras tanto, asegurar que todos los documentos se registren en el libro con la firma de recibido del solicitante.
3. Incluir los soportes de la nómina y los documentos presupuestales dentro del esquema institucional de copias de seguridad recomendado para el proceso de Gestión de las Tecnologías.
4. Documentar las conciliaciones mensuales que soportan los controles de seguridad social e incapacidades (por ejemplo, el cruce de la PILA con la nómina y de las incapacidades pagadas con los recobros a las EPS), de manera que la efectividad de estos controles pueda verificarse con evidencia directa y no solo mediante certificaciones.
5. Conformar un comité de caja trimestral entre Tesorería, Presupuesto y Planeación, que analice el comportamiento del recaudo real frente a lo programado en el PAC y permita realizar ajustes preventivos antes de cada cierre, complementando el seguimiento mensual que actualmente se realiza.
6. Para preservar la consistencia alcanzada con el saneamiento, se deben realizar conciliaciones trimestrales entre Contabilidad y Almacén, tomas físicas anuales de inventario y el registro oportuno de los bienes recibidos por donación. Así mismo, se deben formalizar las actas de cancelación pendientes y evaluar el deterioro de las cuentas por cobrar de difícil recaudo.

10. CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno evaluó los procesos a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera entre el 1 de enero y el 30 de agosto de 2026: Gestión del Talento Humano, Gestión Documental, Gestión de las Tecnologías, Gestión de Recursos Físicos y Gestión Administrativa y Financiera, además de los procedimientos de la dependencia. Con base en las evidencias suministradas por los responsables y en las verificaciones directas del equipo auditor, la Oficina de Control Interno concluye que la gestión financiera, presupuestal, contable y tributaria opera, en general, con controles efectivos y cumple satisfactoriamente la normativa aplicable, con excepción del recaudo y la recuperación de la cartera y de la verificación de los soportes previos al registro presupuestal. Por su parte, los procesos de Gestión del Talento Humano, Gestión Documental y Gestión de las Tecnologías presentan debilidades significativas

en el diseño, la ejecución y la trazabilidad de sus controles.

En el proceso de Gestión Administrativa y Financiera, el presupuesto inicial de $23.110.377.366 se adicionó en $5.518.067.404,77 mediante tres resoluciones, para un presupuesto definitivo de $28.628.444.770,77. Las adiciones y los traslados por $520.349.118,20 se respaldaron en actos administrativos debidamente motivados, y la ejecución se reportó oportunamente en la plataforma CHIP. Los aportes a seguridad social y parafiscales, las declaraciones tributarias, las conciliaciones bancarias y el seguimiento al PAC se realizaron dentro de los plazos establecidos, sin intereses moratorios ni sanciones, y los estados financieros se transmitieron a la CGN y se publicaron en la página web institucional. Las cuentas por pagar y las reservas presupuestales registran avances del 93,79 % y el 93,30 %, respectivamente, y las cuentas de cobro de la muestra de treinta (30) contratistas se pagaron sin devoluciones ni represamientos. Los controles sobre los tokens bancarios están formalmente diseñados y garantizan la segregación de funciones. Se destaca especialmente el saneamiento contable formalizado mediante la Nota de Ajuste NA 26-00010 del 30 de abril de 2026, que depuró una diferencia neta de $682.906.813,66 en propiedades, planta y equipo y dejó en cero las diferencias entre Contabilidad y Almacén, con lo cual se da por cerrado el hallazgo de la vigencia 2025.

No obstante, en este mismo proceso se identificaron debilidades relevantes. La cartera pendiente asciende a $21.145.435,97 y corresponde a obligaciones de 2021 a 2023. Para los aprovechamientos económicos de cafeterías y escenarios no se aportaron soportes de gestión de cobro, con riesgo de prescripción. Para las incapacidades a cargo de Coomeva EPS en liquidación se acreditó la gestión, pero la recuperación es parcial y el saldo no recuperable genera riesgo de sobreestimación de las cuentas por cobrar. Por su parte, la obligación del Municipio por recursos de la Ley 181 de 1995, por $478.605.360, fue pagada el 5 de agosto de 2026, pero la Tesorería la seguía reportando como vencida con corte al 30 de agosto. La Entidad no ha adoptado el reglamento interno de recaudo de cartera exigido por la Ley 1066 de 2006 ni cuenta con contratos escritos con los arrendatarios de las cafeterías. Tampoco existe un cruce de información que permita identificar los pagos y la mora en el uso de los escenarios deportivos, y la Tesorería debe aclarar manualmente las consignaciones no identificadas. Además, el procedimiento de expedición de CDP y RP no verifica el documento que soporta cada compromiso, el libro de control de entrega de documentos presupuestales está incompleto y las conciliaciones bancarias dependen exclusivamente del Tesorero, sin un reemplazo formalmente designado.

En el proceso de Gestión del Talento Humano, las necesidades de bienestar y capacitación se identificaron y priorizaron en correspondencia con el PIBE y el PIC 2026, con seguimiento mensual. El SG-SST obtuvo una calificación del 100 % en la autoevaluación de estándares mínimos de 2025. Con posterioridad al periodo auditado, el 24 de septiembre de 2026, se aprobó el formato de transferencia de conocimiento PA.03-F14, que contribuye a la continuidad de la gestión ante el retiro de servidores. En integridad y transparencia, se realizaron siete socializaciones con 165 registros de asistencia, y la publicación de las declaraciones de las Personas Expuestas Políticamente pasó del 25 % al 100 %. Con corte a agosto, el avance anual del PIBE es del 42 % y el del PIC del 50 %. Las actividades pendientes se concentran en el último cuatrimestre, lo que exige un seguimiento estricto para cumplir la meta anual. Así mismo, tres empleos de carrera administrativa permanecen vacantes desde 2021 y 2022.

Las situaciones más relevantes de este proceso se relacionan con las vacaciones y los viáticos. Once (11) de los diecinueve (19) servidores registran catorce (14) periodos de vacaciones causados y no disfrutados. Tres (3) servidores tienen dos periodos acumulados, cinco (5) no han disfrutado vacaciones desde su vinculación y una servidora llegó a acumular tres periodos, sin que se expidiera acto administrativo de aplazamiento. Esto contraviene el Decreto Ley 1045 de 1978 e incrementa el pasivo laboral de la Entidad.

Así mismo, se pagaron viáticos por $1.886.025,20 sin el acto que confiriera la comisión, dos resoluciones ordenaron el giro de tiquetes sin exigir su legalización y la bolsa de capacitación y viáticos del acuerdo sindical presenta una ejecución de apenas el 9,5 %. Si el saldo de $22.612.900 no se compromete antes del 31 de diciembre, expirará, con el riesgo de que los servidores pierdan este beneficio. Por otra parte, la

Entidad no ha adoptado la política de desconexión laboral exigida por la Ley 2191 de 2022, y la matriz de seguimiento a los acuerdos sindicales no permite verificar el cumplimiento de los compromisos. Se suman a lo anterior la foliación errónea en la mayoría de los diecinueve (19) expedientes laborales y la falta de verificación de la cobertura de la ARL frente a la vigencia laboral y contractual.

En el proceso de Gestión Documental, se ejecutaron las tres transferencias documentales primarias programadas, se elaboraron los inventarios documentales y el requerimiento formal a las dependencias productoras permitió recuperar documentación faltante. Además, se actualizaron en la NAS los contratos de 2026 y se digitalizaron diecinueve (19) historias laborales. Sin embargo, la atención de las PQRSD presenta un incumplimiento significativo. De las 1.455 solicitudes radicadas, 374 se respondieron de forma extemporánea y 40 continúan sin respuesta, lo que equivale al 28,5 %. El sistema GSC no refleja el estado real de las peticiones: mantiene abiertos 556 trámites ya gestionados, duplica radicados y permite cierres sin soporte. Además, opera bajo un dominio que no es institucional y sin información sobre su alojamiento y sus copias de seguridad, lo que genera una dependencia tecnológica crítica. A ello se suman la desactualización del procedimiento PM.08-PD01 y la falta de aplicación de las Tablas de Retención Documental a las PQRSD, y como resultado la Entidad no cuenta con estadísticas confiables sobre la atención de las PQRSD.

En materia de conservación, los depósitos de archivo no cumplen las condiciones técnicas exigidas: el del Velódromo presenta roedores y el Archivo Central del Coliseo Bicentenario carece de sistema contra incendios, ventilación y medición ambiental. La segunda fumigación, la limpieza especializada y la adecuación de la infraestructura siguen pendientes por falta de recursos. El seguimiento al PINAR no es confiable, pues más del 95 % de las metas no registra resultados. Además, el inventario en estado natural avanza en un 18 % (36 de 200 metros lineales), la organización en la NAS en un 10 % y el SGDEA no se ha adquirido.

En el proceso de Gestión de las Tecnologías, la protección perimetral funcionó de manera efectiva. El firewall con seguridad gestionada y la herramienta Wordfence bloquearon millones de peticiones sospechosas, y no se materializaron ataques ni accesos no autorizados en los periodos soportados. La Entidad diligenció la Matriz ITA dentro del plazo, mantiene datos abiertos publicados y cuenta con el PETIC actualizado. No obstante, la NAS institucional, que almacena la información de todas las dependencias, no cuenta con un esquema institucional de copias de respaldo ni con redundancia de hardware, pese a haber sufrido recientemente un daño físico por un apagón. Las copias existentes se realizan a solicitud o se almacenan en un único disco externo, sin periodicidad definida, y los aplicativos no tienen copias programadas ni pruebas de restauración. Además, el portal web opera con una versión de PHP sin soporte y mantiene alertas críticas pendientes. Una falla de la NAS comprometería la información de los demás procesos, incluidos los soportes de nómina, los documentos presupuestales, los contratos y las historias laborales digitalizadas, así como la continuidad de las operaciones de la Entidad.

En el proceso de Gestión de Recursos Físicos, el programa de seguros se renovó sin interrupción de la cobertura mediante el contrato No. 399 de 2026, por $155.156.472. Las cinco pólizas requeridas están vigentes hasta el 5 de mayo de 2027, con ampliación de límites sin costo adicional. Así mismo, se realizó la toma física de inventarios a los diecinueve (19) funcionarios y el Plan Anual de Adquisiciones se encuentra publicado con sus actualizaciones mensuales. Sin embargo, la recepción de bienes carece de un control documentado, se identificaron ajustes manuales de valores unitarios sin soporte, especificaciones distintas a las facturadas e inconsistencias en la codificación del catálogo de artículos, contrario a lo informado por la Subdirección. Además, las diferencias de la toma física no se consolidaron y no es posible demostrar la oportunidad de las publicaciones del Plan Anual de Adquisiciones.

Veintiún (21) procedimientos se encuentran desactualizados y conservan la imagen institucional anterior; la Subdirección no remitió versiones actualizadas, por lo que la información se verificó directamente en el repositorio institucional. Esta situación no es solo de forma, los procedimientos no reflejan necesariamente la operación actual, la estructura vigente ni los cambios normativos, lo que limita su utilidad como referencia

para ejecutar y evaluar las actividades.

En consecuencia, se recomienda de manera prioritaria fortalecer la planeación, el seguimiento y el autocontrol en los procesos a cargo de la Subdirección Administrativa y Financiera, conforme al esquema de líneas de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Para ello, la Subdirección deben ejercer el autocontrol sobre sus actividades, mantener actualizados sus procedimientos y documentar la aplicación de sus controles. A su vez, la Subdirección, debe asegurar el monitoreo periódico de los riesgos y de los planes institucionales mediante instrumentos de seguimiento con responsables, plazos e indicadores verificables. Así mismo, es necesario mejorar la oportunidad en la atención de los requerimientos y fortalecer la articulación entre dependencias, con ello se busca una gestión administrativa más eficiente, transparente y alineada con los principios del MIPG, y que los hallazgos identificados se atiendan de manera efectiva mediante el plan de mejoramiento.

	
FIRMA AUDITOR LIDER	**FIRMA AUDITOR**