



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO - DEPENDENCIA SIN GERENCIA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO
(Referencia: Circular No. 04, del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD		2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Período evaluado: 01 de enero a 31 de diciembre de 2025	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Establecer directrices para formular y realizar seguimiento a la planeación estratégica, de inversión y operativa de la entidad con el propósito de cumplir con la misión y los objetivos institucionales Objetivos Estratégicos 2024 - 2027: Fortalecer las capacidades institucionales para la eficiencia administrativa y misional a través de un equipo comprometido, el uso de la tecnología y la articulación e implementación de sistemas de información.			
4. PROYECTO DE INVERSIÓN: No aplica			
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICION DE RESULTADOS	
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%) 5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
5.1 PLAN OPERATIVO			33%
VARIABLE A EVALUAR			
Criterio de Evaluación: Cumplimiento del plan operativo Fuente de Información de base para el análisis: tomar los Planes Operativos y su avance del correspondiente informe de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación, con los cortes que cubran el periodo evaluado y/o el documento pertinente que esta oficina suministre. Ubicación: Página web del IDRD			
Plan Operativo: Oficina Asesora de Planeación			
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO RESULTADO
Actividad 1: Coordinar la realización de los diálogos ciudadanos en el marco del proceso permanente de rendición de cuentas de la entidad.	X		100% Del seguimiento realizado a la actividad programada por la Oficina de Planeación, consistente en coordinar la realización de cuatro (4) diálogos ciudadanos en el marco del proceso permanente de rendición de cuentas de la entidad, se evidenció que para el tercero y cuarto trimestre se programó la ejecución de cuatro (4) diálogos ciudadanos, los cuales fueron realizados en su totalidad, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%. Lo anterior resulta concordante con los principios de transparencia, participación ciudadana y control social que rigen la función administrativa, en cumplimiento de los deberes institucionales asociados al proceso de rendición de cuentas y a la garantía del derecho fundamental a la participación ciudadana.
Actividad 2: Realizar 3 sensibilizaciones a funcionarios y contratistas sobre la importancia de la rendición de cuentas	X		100% La OAP lleva a cabo 3 socializaciones con el propósito de sensibilizar sobre la importancia de la Rendición de Cuentas, dirigido a funcionarios y contratistas del Instituto. Estas socializaciones fueron llevadas a cabo en el segundo y cuarto trimestre del año.
Actividad 3: Realizar el seguimiento a los cuatro (4) trimestres de la vigencia 2025 al Plan de Cierre de Brechas MIPG 2025	X		100% Del seguimiento efectuado a la meta consistente en realizar el seguimiento trimestral al Plan de Cierre de Brechas MIPG 2025, se evidenció que para cada uno de los cuatro (4) trimestres de la vigencia 2025 se programó y ejecutó un (1) seguimiento, alcanzando un cumplimiento del 100%. Lo anterior se encuentra alineado con los principios de planeación, control y mejoramiento continuo que orientan el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, contribuyendo al fortalecimiento de la gestión institucional y al adecuado cierre de brechas identificadas en la entidad.
Actividad 4: Realizar una (1) socialización de la política de gestión del riesgo	X		100% Del seguimiento realizado a la meta consistente en efectuar una (1) socialización de la Política de Gestión del Riesgo, se evidenció que para el cuarto trimestre de la vigencia se programó y ejecutó en su totalidad la actividad prevista, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%. Lo anterior resulta acorde con los principios de prevención, control y autocontrol que orientan el Sistema de Control Interno y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de gestión del riesgo en la entidad.
Actividad 5: Elaborar y socializar 3 piezas comunicativas a los servidores y contratistas de la entidad las políticas, planes y proyectos	X		100% Del seguimiento realizado a la meta consistente en elaborar y socializar tres (3) piezas comunicativas dirigidas a los servidores y contratistas de la entidad sobre políticas, planes y proyectos institucionales, se evidenció que durante el segundo trimestre se elaboró y socializó una (1) pieza comunicativa, y en el cuarto trimestre se programaron y ejecutaron dos (2) piezas adicionales, alcanzando en ambos periodos un nivel de cumplimiento del 100%. Lo anterior resulta coherente con los principios de transparencia, comunicación institucional y fortalecimiento del control interno, contribuyendo a la adecuada divulgación de la gestión y lineamientos de la entidad.
Actividad 6: Realizar 1 socialización de la política de SARLAFT	X		100% Del seguimiento realizado a la meta consistente en efectuar una (1) socialización de la Política de SARLAFT, se evidenció que para el segundo trimestre de la vigencia se programó y ejecutó en su totalidad la actividad prevista, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%. Así mismo, se constata que para el cuarto trimestre no se contempló programación asociada a esta meta, situación que resulta consistente con el cumplimiento oportuno de la actividad conforme a la planeación establecida.
Actividad 7: Realizar el 100% de los autodiagnósticos de las Políticas MIPG	X		100% Del seguimiento realizado a la meta consistente en efectuar el 100% de los autodiagnósticos de las Políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, se evidenció que para el primer trimestre de la vigencia se programó y ejecutó en su totalidad dicha actividad, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%. Así mismo, se constató que para los trimestres siguientes no se contempló programación adicional, en razón a que la meta fue cumplida de manera integral en el periodo inicialmente previsto.
Actividad 8: Formular y presentar el Plan de Acción para el Cierre de Brechas MIPG 2025	X		100% Del seguimiento realizado a la meta consistente en formular y presentar el Plan de Acción para el Cierre de Brechas MIPG 2025, se evidenció que para el primer trimestre de la vigencia se programó y ejecutó en su totalidad la formulación y presentación del referido plan, alcanzando un nivel de cumplimiento del 100%. Así mismo, se constató que para los trimestres subsiguientes no se contempló programación adicional, en atención a que la meta fue cumplida integralmente en el periodo inicialmente previsto.
A. CALIFICACION PLAN OPERATIVO		33%	
5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO		67%	
Gestión de primera línea 50 %		50%	
Criterio para evaluar la gestión de la primera línea de defensa: Se tendrá en cuenta: * La identificación y definición de los riesgos de gestión, y corrupción, desde el rol de la primera línea de defensa, de acuerdo con lo establecido en la Política para la Gestión del Riesgo en el IDRD (vigente). Fuente de información: * Aplicativo ISOLUCION * Reporte de la primera línea de defensa sobre gestión del riesgo. * Seguimiento a la gestión del riesgo, por parte de la Oficina de Control Interno.		100%	Una vez revisado el aplicativo ISOLUCION, se observó en los mapas de riesgos de gestión que el proceso de Planeación de la Gestión tiene identificado y definido dos (2) riesgos uno con dos controles y otro con 1 control No cuenta con riesgos de corrupción. La identificación y definición de los mapas de riesgos están acorde con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.
Calificación Gestión de primera línea		50%	
Plan de Mejoramiento Institucional		20%	
Planes de Mejoramiento Externos – PME peso porcentual 10% Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas durante la vigencia como cumplidas efectivas sobre el total de acciones cerradas.		Planes de Mejoramiento Externos: Para la vigencia 2025 la Oficina Asesora de Planeación tuvo un acción compartida con la SAF la cual fue declarada como cumplida por parte de la OCI.	
Plan de Mejoramiento Interno – PMI peso porcentual 10% Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas dentro de las fechas de compromiso, sobre el total de acciones del periodo. Así mismo, se tendrán en cuenta las observaciones que la a la fecha no se hayan formulado su plan de mejoramiento, las cuales afectarán la calificación disminuyendo el resultado final en un 5% por cada acción sin formular.		88%	Plan de Mejoramiento Interno:Revisado el aplicativo ISOLUCION, se constató que para la vigencia 2025 la Oficina registra diez (10) acciones de mejora abiertas, identificadas con los números 202236, 202237, 202235, 202238, 202234, 202233, 202168 y 202167. Frente a las seis (6) primeras acciones, se evidencia la existencia de avances dentro de los términos previstos para su ejecución. No obstante, respecto de las acciones identificadas con los números 202168 y 202167, si bien la dependencia realizó actividades de seguimiento y argumentó la necesidad de reprogramar su revisión con fundamento en los lineamientos establecidos en la Cartilla de Administración de Riesgos versión 7, emitida por el DAFP en septiembre de 2025, se observa que dichas acciones incumplieron la fecha inicialmente pactada en el Plan de Mejoramiento Interno para la vigencia 2025, toda vez que no se gestionó ni solicitó formalmente prórroga ante la Oficina de Control Interno.Obteniendo una calificación del 88%. En consecuencia, aunque se evidencia gestión y seguimiento por parte de la dependencia, el ajuste de los plazos no fue tramitado conforme al procedimiento establecido, configurándose un incumplimiento de los tiempos definidos inicialmente.
Calificación Gestión de primera línea		18%	
Mapa de riesgos		20%	
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANALISIS DE RESULTADOS
Diseño de los controles- 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: Diseño de los controles de acuerdo con la Política de administración de riesgos en el IDRD. Fuente: • Informes segunda línea de defensa • Seguimiento OCI	Proporción del total de controles diseñados frente a las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Riesgos de gestión: Una vez revisado el aplicativo ISOLUCION, se observó en los mapas de riesgos de gestión que el proceso de Planeación de la Gestión tiene identificado y definido dos (2) riesgos uno con dos controles y otro con 1 control Riesgo Corrupción: N/A
Implementación de los controles- 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: Verificar la ejecución de los controles, de acuerdo con el monitoreo y seguimiento desde la primera línea de defensa. Fuente: • Informes segunda línea de defensa	Determinación de la proporción del total de los controles establecidos en los mapas de los riesgos, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Riesgos de Gestión: Los controles se implementaron de manera efectiva; el área presentó las evidencias que soportan su gestión. Riesgo Corrupción: N/A
Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados - 5% Planes de Contingencia (diseñados e implementados) Criterios de evaluación: En casos de materialización de riesgos, evidenciar la implementación del plan de contingencia de conformidad con lo definido. Fuente: • Informes segunda línea de defensa	Determinación de la medida en que se da tratamiento a los riesgos por parte de la dependencia, de acuerdo con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	No se reporta riesgo de gestión materializado Riesgo Corrupción: N/A
Calificación Mapa de Riesgos		20%	
Indicadores		10%	
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANALISIS DE RESULTADOS
Cumplimiento del indicador 2.5 % Criterios de evaluación: 1. Aplicación del indicador de gestión de acuerdo con lo estipulado en su diseño, 2. verificable en registros de la implementación de cada uno de los indicadores de gestión vigentes, 3. de los resultados de sus fórmulas y 4. de su implementación con la periodicidad establecida. Fuente base de Información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.	Para la evaluación a la OAP se tienen en cuenta los siguientes indicadores: No. 1645: Avance del cumplimiento de las políticas del MIPG. Medición: Anual. No. 1646: Cumplimiento de los objetivos estratégicos. Medición: Semestral No. 1643: Cumplimiento de los planes operativos. Medición: Trimestral No. 1647: Cumplimiento mensual de metas-proyectos de inversión. Medición: Mensual	----	No. 1645: Se cumplió con la meta en el Avance del cumplimiento de las políticas del MIPG según lo reportado en el aplicativo Isolucion. No. 1646: Se observó en el aplicativo Isolucion que para el reporte del primer semestre de 2025 Según el informe ejecutivo de proyectos, al mes de octubre el promedio de cumplimiento de las actividades se encuentra en el 87% de acuerdo con lo programado y en el segundo semestre el indicador presenta una ejecución de lo establecido. No. 1643: La OCI evidencio en el aplicativo que no se cumplió con la meta en cada trimestre hubo incumplimiento en los indicadores reportados. No. 1647: Se observó en el sistema ISOLUCION en el reporte mensual del indicador se evidencia incumplimiento en cada mes. No. 1485: Se observó en el sistema ISOLUCION que el indicador realiza los reportes de acuerdo a la periodicidad establecida junto con el cargue de sus respectivos soportes, los cuales dan cuenta del cumplimiento de la meta para los dos primeros



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO - DEPENDENCIA SIN GERENCIA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO

(Referencia: Circular No. 04, del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD		2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Período evaluado: 01 de enero a 31 de diciembre de 2025	
Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que si aplique) Criterios de evaluación: Aprovechamiento para el número de casos de no cumplimiento de la meta de referencia establecida en cada indicador, verificando para cuantos de estos se determinó e implementó medida pertinente. Relacionar del total de indicadores, aquellos que no alcanzaron la meta de referencia e identificar para cuales de estos se cumplió con el criterio de implementación de correctivos. Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.	No. 1485: Porcentaje de reportes de información elaborados por la Oficina Asesora de Planeación dentro de los tiempos programados. Medición: Trimestral No. 1755: Apropiación y articulación del sistema de gestión de la entidad para una gestión pública eficiente y oportuna. Medición: anual No. 1648: Orientaciones realizadas a las subdirecciones relacionadas con la ejecución al PAA. Medición: Mensual. No. 1649: Verificaciones realizadas a la ejecución presupuestal de los proyectos en el PAA. Medición: Mensual	75%	trimestres del año. No. 1755: Este indicador de gestión no cuenta con mediciones, sin embargo se verificó que en la vigencia 2025 se alcanzó el 97% de cumplimiento del Plan de acción para el cierre de brechas de las políticas de gestión y desempeño No. 1648: De acuerdo a lo reportado en la plataforma ISOLUCIÓN, el indicador cumple la meta en todos los reportes realizados para el año 2025 de manera mensual, el área carga los respectivos soportes de la medición. No. 1649: Según lo reportado en la plataforma ISOLUCIÓN, el indicador alcanza la meta en todos los reportes presentados para el año 2025 de manera mensual, y el área sube los correspondientes soportes de la medición. De acuerdo a lo evidenciado por la OCI el área NO cumple con los indicadores 1643 y 1647, arrojando un resultado de 75% de cumplimiento.
		75%	Se observó que los OCHO (8) indicadores están alineados frente a los objetivos del proceso y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones siempre y cuando se cumpla y se suban las respectivas evidencias.
Calificación Indicadores de Gestión8%			
B. CALIFICACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO64%			
CALIFICACION TOTAL VIGENCIA AÑO (A + B + C)			97%
6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA: Para tener una visión de conjunto de la evaluación realizada a la dependencia, se relaciona a continuación los aspectos y/o características positivas y aspectos por mejorar sobre cada tema. 1. Plan Operativo: De las metas programadas en la formulación del Plan Operativo vigencia 2025, todas se cumplieron de acuerdo con lo expuesto en el presente informe. 2. Gestión de primera línea de defensa: La Dependencia tiene identificado y definido dos (2) riesgos de gestión. No cuenta con mapa de riesgos de corrupción al cierre de la vigencia. 3. Gestión del riesgo: Los controles fueron implementados de manera efectiva. No se materializó ningún riesgo. 4. Indicadores de Gestión: El área debe centrar esfuerzos que permitan mejorar los cumplimientos de las metas de los indicadores, así como lograr los reportes de acuerdo a la periodicidad establecida en los indicadores ya que no se cumplió en dos indicadores.			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO: Indicadores de Gestión: Establecer medidas para asegurar el reporte de acuerdo con la periodicidad definida en las fichas técnicas y garantizar el cumplimiento de las metas establecidas en los indicadores.			
8. FECHA: 27 de enero de 2026			
9. FIRMA:	Revisó y aprobó: Rosalba Guzman Guzman - Jefe Oficina de Control Interno Elaboró: Héctor Andres Serrano Vargas - Oficina de Control Interno		