



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

FORMATO GUIA - 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)

2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Oficina de Control Disciplinario Interno

Período Evaluado: Enero de 2025 - Diciembre de 2025

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD

2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Oficina de Control Disciplinario Interno

3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:

Objetivo del Proceso:

Indagar e investigar a los funcionarios (as) y ex funcionarios (as) adscritos al Instituto Distrital de Recreación y Deporte, por las acciones u omisiones que constituyen falta disciplinaria en razón de sus funciones.

Objetivo Estratégico:

2024-2027 Fortalecer las capacidades institucionales para la eficiencia administrativa y misiónal 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

5.1. INDICADOR

5.2. RESULTADO (%)

5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

33%

5.1 PLAN OPERATIVO

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 período evaluado y/o el documento pertinente que esta oficina suministre.

Ubicación: Página web del IDRD

META 1

VARIABLE A EVALUAR

SI

PARCIALMENTE

NO

RESULTADO

5. MEDICIÓN DE RESULTADOS

Actividad: Realizar clínicas jurídicas en las que se integre normatividad vigente, doctrina, jurisprudencia y casística, articulando actividades técnicas, operativas y administrativas inherentes a la acción disciplinaria a cargo de la Oficina de Control Disciplinario Interno.

X

100%

De acuerdo con la información suministrada por el proceso, durante cada trimestre de la vigencia 2025 se llevaron a cabo tres (3) clínicas jurídicas, para un total de doce (12) clínicas desarrolladas a lo largo de los cuatro trimestres del año. Estas actividades estuvieron orientadas a la generación de espacios teórico-prácticos destinados al análisis de problemáticas jurídicas derivadas en quejas con relevancia disciplinaria transmitidas por la OCDI. Dichos espacios fomentaron el debate académico, la definición de lineamientos para las actuaciones procesales y la fijación de metas encaminadas al fortalecimiento de la función preventiva disciplinaria, en concordancia con la Política de Gestión Preventiva Disciplinaria. Lo anterior permitió orientar, fortalecer y profundizar el análisis, la comprensión y la evaluación de los asuntos jurídicos contenidos en las quejas e informes disciplinarios que son resueltos por la Oficina de Control Disciplinario Interno, junto con su equipo profesional y técnico, así como establecer directrices para las actuaciones procesales y administrativas que garantizan el respeto del debido proceso disciplinario.

META 2

VARIABLE A EVALUAR

SI

PARCIALMENTE

NO

RESULTADO

Actividad: Divulgar y promover entre los servidores de planta y contratistas del Instituto Distrital de Recreación y Deporte la preservación del orden interno, adoptando medidas preventivas y correctivas que eviten el quebrantamiento del régimen de deberes y prohibiciones inherentes a la función pública, actos de corrupción y faltas disciplinarias, en el marco del artículo 5º del Código General Disciplinario.

X

100%

De la información reportada por el proceso, se evidenció que durante la vigencia 2025 la dependencia aportó como soporte para el cumplimiento de la actividad la impresión de la Solicitud de Servicios dirigida a la Oficina Asesora de Comunicaciones, así como la copia del texto de los correos electrónicos mediante los cuales se realizó la solicitud, asignación, trámite y cierre del caso, generados automáticamente por [soporte@idrd.gov.co](#), con el fin de adelantar la publicación de campañas de sensibilización orientadas al fortalecimiento de la función preventiva de la Oficina de Control Disciplinario Interno, en el marco del artículo 5º de la Ley 1952 de 2019, cumpliendo con la actividad programada.

VARIABLE A EVALUAR

SI

PARCIALMENTE

NO

RESULTADO

33%

A. CALIFICACIÓN PLAN OPERATIVO

5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO

67%

Gestión de primera línea de defensa 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 ISOLUCIÓN

* 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 ISOLUCIÓN, se observó que para la vigencia 2025, en el mapa de riesgo de gestión, se identificaron y definieron dos (2) riesgos de gestión (última actualización: 31 de diciembre de 2025), uno con dos controles y el otro con un control, con una frecuencia de seguimiento continua. A su vez, en la página Web del Instituto, se observó que se encuentra identificado un (1) riesgo de corrupción sin materialización. Los riesgos fueron identificados y definidos de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos de la Entidad.

Calificación Gestión de primera línea

50%

Gestión 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.

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 período. 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.

Fuente base de información:

• Aplicativo ISOLUCIÓN

• Informes de seguimiento de la OCDI de los planes de mejoramiento interno y externos.

100%

Planes de Mejoramiento Externos: La Oficina de Control Interno Disciplinario no cuenta con acciones dentro del Plan de Mejoramiento Externo para la vigencia 2025.

Planes de Mejoramiento Interno: Revisado el aplicativo ISOLUCIÓN, se evidencia que, a la fecha de la verificación, el proceso registra un (1) Plan de Mejoramiento abierto, identificado con el número 202151, respecto del cual se observan avances y observaciones de cumplimiento en las actividades asociadas.

)

Calificación Gestión de primera línea

20%

Gestión de Riesgos

Evaluar y ponderar gestión del riesgo y su reflejo en Mapa de Riesgos de gestión, y por aparte la reflejada en el Mapa de riesgos de Corrupción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para cada uno de los tres aspectos estipulados, Diseño de controles, Efectividad de aplicación y Gestión general del riesgo.

15%

20%

Calificación Gestión de primera línea

15%

Calificación Gestión de Riesgos

20%

Indicadores de Gestión

10%

Cuenta base de información: Registro de la dependencia y nombre de la de la aplicación y resultados de los indicadores de gestión en aplicativo ISOLUCIÓN carpetas Medición, informes de actualizaciones de la CAMP en su rol de segunda línea de defensa.

DESCRIPCIÓN

INDICADOR

RESULTADO (%)

ANÁLISIS 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 OCDI

100%

Una vez revisado el aplicativo ISOLUCIÓN, se observó que para la vigencia 2025, en el mapa de riesgo de gestión, se identificaron y definieron dos (2) riesgos de gestión (última actualización: 31 de diciembre de 2025), uno con dos controles y el otro con un control, con una frecuencia de seguimiento continua. A su vez, en la página Web del Instituto, se observó que se encuentra identificado un (1) riesgo de corrupción sin materialización. Los riesgos fueron identificados y definidos de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos de la Entidad.

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

100%

Una vez revisado el aplicativo ISOLUCIÓN, se observó que para la vigencia 2025, en el mapa de riesgo de gestión, se identificaron y definieron dos (2) riesgos de gestión (última actualización: 31 de diciembre de 2025), uno con dos controles y el otro con un control, con una frecuencia de seguimiento continua. A su vez, en la página Web del Instituto, se observó que se encuentra identificado un (1) riesgo de corrupción sin materialización. Los riesgos fueron identificados y definidos de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos de la Entidad.

Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados - 5%

Planes de Contingencia (desfaldos 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

100%

Riesgo de Gestión: Se definieron planes de acciones y contingencia de acuerdo con lo establecido en la Política de Administración de Riesgo - no se materializó el riesgo identificado. Riesgo corrupción: Se definieron planes de acciones y contingencia de acuerdo con lo establecido en la Política de Administración de Riesgo - no se materializó el riesgo identificado.

Calificación Gestión de Riesgos

20%

Indicadores de Gestión

10%

Cuenta base de información: Registro de la dependencia y nombre de la de la aplicación y resultados de los indicadores de gestión en aplicativo ISOLUCIÓN carpetas Medición, informes de actualizaciones de la CAMP en su rol de segunda línea de defensa.

DESCRIPCIÓN

INDICADOR

RESULTADO (%)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Cumplimiento del indicador 2.5 %

Criterios de evaluación: 1. Aplicación del indicador de gestión de acuerdo con lo establecido en el 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 ISOLUCIÓN, carpeta de Medición.

100%

La OCDI tiene diseñado los siguientes indicadores:
No. 1608 - Autos en los que se ordenó notificación - Medición: Trimestral
No. 1612 - Número de casos donde se presenten alteración, modificación, sustitución, occultamiento o pérdida de información de los procesos, lo anterior, da cuenta que el valor resultante en el indicador se ajusta a la meta propuesta. (100%)
1612 - De acuerdo a los datos reportados en el Sistema de Información Isolución, para la vigencia correspondiente al 2025, no presentaron situaciones relacionadas con la alteración, modificación, sustitución, occultamiento o pérdida de información de los procesos, lo anterior, da cuenta que el valor resultante en el indicador se ajusta a la meta propuesta. (100%)
1642 - De acuerdo a los datos reportados en el Sistema de Información Isolución, para la vigencia correspondiente al 2025, se relación lo siguiente: Primer Trimestre (quejas recibidas: 20 - quejas tramitadas: 20); Segundo Trimestre (quejas recibidas: 37 - quejas tramitadas: 37); Tercer Trimestre (quejas recibidas: 30 - quejas tramitadas: 30); Cuarto Trimestre (quejas recibidas: 24 - quejas tramitadas: 24), lo anterior da cuenta que el valor resultante en el indicador se ajusta a la meta propuesta. (100%). Se recomienda ajustar los registros que den cuenta de la información que soportan el resultado de los indicadores

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA 2.5 % (en caso que s aplique)

Criterios de evaluación: Aprovechamiento para el número de casos de no cumplimiento de la meta de referencia establecida en cada indicador, verificando para cuántos de estos se determinó e implementó medida preventiva.

Relacionar del total de indicadores, aquellos que no alcanzaron la meta de referencia e identificar para cuáles 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 ISOLUCIÓN, carpeta de Medición.

100%

Se observó que los tres (3) indicadores están alineados frente a los objetivos del proceso y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones.

UTILIDAD DEL INDICADOR Y LA MEDICIÓN 5 %

Criterio de evaluación: Indicador establecido adecuado y alineado para controlar objetivos del proceso para de estos y/o aspectos relevantes de la gestión de la dependencia, y que permite detectar desviaciones y formular acciones para corregirlas y prevenirlas.

Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia.

Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCIÓN, carpeta de Medición.

100%

Se observó que los tres (3) indicadores están alineados frente a los objetivos del proceso y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones.

CALIFICACIÓN INDICADORES DE GESTIÓN

10%

B. CALIFICACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO

67%

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA:

De acuerdo con los resultados de la valoración de los diferentes aspectos considerados la evaluación de la dependencia:

1. Plan Operativo: Las dos (2) actividades programadas se cumplieron por parte del proceso para la vigencia correspondiente, de conformidad con la información reportada.

2. Gestión de primera línea de defensa: Se observó que el proceso tiene identificado y define los riesgos de gestión y de competencia de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Política de Gestión del Riesgo del IDRD.

3. Plan de Mejoramiento Institucional: De acuerdo con el resultado, para la vigencia revisada, el proceso tiene a su cargo acciones (asociadas al trámite del proceso disciplinario) en el plan de mejoramiento externo no tiene asignadas al área.

4. Mapa de riesgos: Respecto al diseño y efectividad de los controles se observó que se encuentran implementados y son efectivos, lo que permite al proceso tener nivel adecuado de gestión del riesgo y de esta manera disminuir la posibilidad que materialización de los mismos. No obstante se considera que en el mapa de riesgos se debería contemplar adicionar un riesgo asociado a la prescripción de procesos en virtud de la entrada en vigencia de la Ley 1952 de 2019, que establece la prescripción de la actuación disciplinaria a partir de los 5 años de ocurrido el hecho que da origen al proceso disciplinario.

5. Indicadores: Los resultados de los indicadores cumplen con las metas propuestas.

Así las cosas, de acuerdo con el resultado final de la evaluación 100%

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. Continuar con la aplicación de controles y el monitoreo a la gestión de la dependencia para lograr mantener los resultados obtenidos en 2025.

2. Mantener las actividades para mejorar el conocimiento al interior del proceso respecto de la Política de Administración del riesgo IDRD y su implementación en la elaboración de los mapas de riesgos de Gestión y Corrupción.

3. Continuar con la aplicación de controles y el monitoreo a la gestión de la dependencia para lograr mantener los resultados obtenidos en 2025.

4. Mantener las actividades para mejorar el conocimiento al interior del proceso respecto de la Política de Administración del riesgo IDRD y su implementación en la elaboración de los mapas de riesgos de Gestión y Corrupción.

5. Continuar con la aplicación de controles y el monitoreo a la gestión de la dependencia para lograr mantener los resultados obtenidos en 2025.

6. Continuar con la aplicación de controles y el monitoreo a la gestión de la dependencia para lograr mantener los resultados obtenidos en 2025.

7. Continuar con la aplicación de controles y el monitoreo a la gestión de la dependencia para lograr mantener los resultados obtenidos en 2025.

8. FECHA: 27 de Enero de 2026

9. FIRMA: Revisó y aprobó: Rosalba Guzman Guzman - Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Pedro Antonio Guerrero Celis - Profesional Especializado