



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 DE CONTROL INTERNO Período evaluado: 01-ene-2025 al 31-dic-2025				
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: ☐					
<p>Objetivo del Proceso: Establecer el nivel de desarrollo y grado de efectividad del Sistema de Control Interno de manera independiente, objetiva y oportuna, coadyuvando a su sostenibilidad, a través del cumplimiento de los cinco roles asignados a la Oficina Control Interno, a saber, liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación a la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y relación con entes externos de control en materia de gestión, para generar recomendaciones que fortalezcan el mejoramiento continuo y agregar valor a los resultados de la entidad, de conformidad con la normatividad vigente.</p> <p>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.</p>					
4. PROYECTO DE INVERSIÓN: No aplica					
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE RESULTADOS			
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS 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 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	
Actividad 1: Realizar campañas de fortalecimiento de competencias al equipo del proceso Control, Evaluación y Mejora. Meta: Realizar tres (2) campañas	x			100%	Del seguimiento realizado a la meta consistente en realizar campañas de fortalecimiento de competencias dirigidas al equipo del proceso de Control, Evaluación y Mejora, se constata que durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 se llevó a cabo una jornada de sensibilización con las autoridades y funcionarios del IDRD, con el fin de fortalecer las competencias y habilidades de los funcionarios en materia de control interno, con el fin de garantizar la efectividad y eficiencia del sistema de control interno. Se realizó una jornada de sensibilización dirigida a los funcionarios del IDRD, con el fin de garantizar la efectividad y eficiencia del sistema de control interno, con el fin de garantizar la efectividad y eficiencia del sistema de control interno.
META 2					
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 2:Boletines Informativos Sistema de Control Interno Meta: Realizar (3) Boletines	x			100%	Del seguimiento realizado a la meta consistente en la elaboración y publicación de los Boletines Informativos del Sistema de Control Interno, se constata que durante el segundo trimestre de la vigencia 2025 se elaboró y publicó el boletín titulado "Principios del Sistema de Control Interno" (12 de mayo de 2025); en el tercer trimestre se elaboró el boletín "Así se encuentra el Sistema de Control Interno IDRD - Resultados MECT"; y en el cuarto trimestre se elaboró y difundió el boletín relacionado con la Guía de Gestión Integral de Riesgos versión 7 de 2025. Las evidencias aportadas permiten constatar el cumplimiento de la meta programada, en concordancia con los principios de transparencia, difusión y fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
META 3					
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 3: Realizar Jornadas de sensibilización sobre temas priorizados del Sistema de Control Interno a la comunidad IDRD Meta: Llevar a cabo (2) jornadas sensibilización	x			100%	Del seguimiento realizado a la meta consistente en efectuar jornadas de sensibilización sobre temas priorizados del Sistema de Control Interno dirigidas a la comunidad del IDRD, se constata que durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 se llevó a cabo, el 28 de junio, una jornada sobre los lineamientos del procedimiento Plan de Mejoramiento Institucional, con la participación de los líderes de proceso y sus enlaces; en el tercer trimestre, el 29 de julio de 2025, se llevó a cabo un taller dirigido a enlaces y servidores de la entidad sobre la funcionalidad del aplicativo Paquetes de control interno, la SAF e IDARTES; y en el cuarto trimestre se realizaron jornadas de sensibilización dirigidas a los procedimientos de Redacción de Cuentas ante la Contraloría de Bogotá y Relación con Entes Externos de Control. Las actividades ejecutadas permiten constatar el cumplimiento de la meta programada, en concordancia con los principios de transparencia, control y fortalecimiento del Sistema de Control Interno.



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 DE CONTROL INTERNO Período evaluado: 01-ene-2025 al 31-dic-2025			
A. CALIFICACION PLAN OPERATIVO				
5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO				
Gestión de primera línea 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). * Punto de compromiso: * 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.				
Calificación Gestión de primera linea Plan de Mejoramiento Institucional				
Planes de Mejoramiento Externos – PMI 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 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.				
Fuente base de información: • Aplicativo ISOLUCIÓN • Informes de seguimiento de la OCI de los planes de mejoramiento interno y externos.				
Calificación Gestión de primera linea Mapa de riesgos				
Planes de Mejoramiento Externos: Para la vigencia 2025, se evidencia que no hay acciones de mejora reportadas por ningún ente de control. Plan de Mejoramiento Interno: Revisado el aplicativo ISOLUCIÓN el resultado arroja que para la fecha el proceso no registra acciones abiertas.				
100%				
Calificación Gestión de primera linea Mapa de riesgos				
100%				
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANALISIS DE RESULTADOS	
Diseño de los controles- 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterio: Diseño de los controles de acuerdo con la Política de administración de riesgos en el IDRD. Fuente: • Informes segunda linea de defensa • Seguimiento OCI	Proporción del total de controles diseñados frente a las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Una vez revisado el aplicativo ISOLUCIÓN, se observó en los mapas de riesgos de gestión que se identificaron y definieron cinco (5) riesgos de gestión con sus respectivos controles, a su vez, en la página Web del Instituto, se observó que se encuentra identificado un (1) riesgo de corrupción. Ninguno materializado. 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). Criterio: verificar la ejecución de los controles, de acuerdo con el monitoreo y seguimiento desde la primera linea de defensa. Fuente: • Informes segunda linea 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%	Riesgo Corrupción: El proceso tiene identificado y definido un (1) riesgo que no se ha materializado y en el momento que se identifique la posible materialización del riesgo se informará a la Oficina de Control Disciplinario Interno para lo de su competencia.	
Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados - 5% Planes de Contingencia (diseñados e implementados) Criterio de evaluación: En casos de materialización de riesgos, evidenciar la implementación del plan de contingencia de conformidad con lo definido.	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%	Riesgos de Gestión: Los controles fueron implementados efectivamente, el área evidencia que si bien no hubo materialización del riesgo, es importante tener en cuenta cada una de las recomendaciones hechas por la Oficina Asesora de Planeación. Riesgo Corrupción: El proceso tiene identificado y definido un (1) riesgo que no se ha materializado y en el momento que se identifique la posible materialización del riesgo se informará a la Oficina de Control Disciplinario Interno para lo de su competencia.	
Fuente: • Informes segunda linea de defensa				
Calificación Mapa de Riesgos		20%		
Indicadores		10%		
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANALISIS DE RESULTADOS	
Cumplimiento del indicador 2.5 %. Criterio de evaluación: 1- Aplicación del indicador de gestión de acuerdo con lo establecido 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.	Para la evaluación a la OCI se tienen en cuenta los siguientes indicadores de gestión: 1630-Equipo auditor asignado a trabajos de auditoría. <u>Medición: Semestral</u> 1629 - Identificación de casos de hechos irregulares. <u>Medición: Trimestral</u> 1249 - Indice de eficacia de auditorías internas de control interno. <u>Medición: Trimestral</u> 1228 - Porcentaje de acciones de mejoramiento interno con seguimiento efectuado. <u>Medición: Trimestral</u> 1745 - Divulgación de información negativa. <u>Medición: Trimestral</u> 1746 - Divulgación de información positiva. <u>Medición: Semestral</u> 1745 - Presentación Extemporánea de Informes Reglamentarios <u>Medición: Trimestral</u> 1745 - Satisfacción que no corresponden a roles de la OCI. <u>Medición: Semestral</u>	100%	1246 - para cada mensualidad se evidencia que se aprobó en el PAI con su respectiva elaboración de informes de cumplimiento normativo y seguimientos priorizados. 1228 - se presentó informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento Interno, en la vigencia 2025, donde se concluyó la existencia de planes de mejoramiento derivados de trabajos de auditoría interna de la OCI 1745 - La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento al indicador para el 2025, en el periodo reportado, se evidenció que el cumplimiento de los plazos establecidos para la entrega de los informes reglamentarios fue del 100% 1743 - Para la vigencia 2025, el indicador muestra una tasa del 0%, evidenciando que no se acopian resultados frente al ámbito de competencia de la Oficina de Control Interno, el resultado resulta confirmado en la OCI con la adecuada distribución de sus responsabilidades, asegurando que sus recursos y esfuerzos estén enfocados exclusivamente en el cumplimiento de sus roles estratégicos y normativos dentro de la entidad. 1630 - El CICCI aprobó el Plan Anual de Auditorías Interna, para la vigencia 2025, el cual finalizó en la v3 del 30 de septiembre de 25, en el cual se programó la ejecución de cuatro (4) procesos de Auditoría Interna. 1629 - la Oficina de Control Interno elaboró informes y/o seguimientos los cuales se comunicaron a los miembros del CICCI y se publicaron en la página de la Oficina de Control Interno. 1795 - Divulgación de información negativa. <u>Medición: Trimestral</u> El CICCI aprobó el Plan Anual de Auditorías Interna para la vigencia 2025. De acuerdo con la legislación, se establece que la Oficina de Control Interno debe cumplir con la divulgación de información negativa en el último trimestre de 2025, se verificó mediante aprobación de los informes que la información contenida en los informes sean correctos y verídicos. 1792 - Identificación de hechos irregulares. <u>Medición: Semestral</u> Durante el segundo semestre de la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno, no tuvo buenas prácticas en la identificación de hechos irregulares. Ad las cosas, se promedió el porcentaje de cumplimiento de los 7 indicadores dando como resultado: 70%. Los indicadores que se reportaron fueron los tiempos fijos, 1802 Informes inexactos comunicados a los miembros del CICCI, 1228 Porcentaje de acciones de mejoramiento interno con seguimiento efectuado, 1745 Presentación Extemporánea de informes reglamentarios, no obstante se cumplió la meta, en cada uno de ellos. 1744 - Informes de seguimiento. <u>Medición: Semestral</u> Durante el segundo semestre de la vigencia 2025, se realizó el seguimiento al indicador, en el periodo evaluado, el indicador reportó un cumplimiento del 0%, lo que refleja que todos los informes y documentos soporte del contrato publicado en SECOP - De manera mensual y trimestral se realizó el seguimiento de acuerdo a la especificación del indicador, se realizó la verificación del cargo de los informes y documentos soportes de la ejecución de los contratos, siendo así la única forma de comprobar con el proceso de pago. Asimismo, la OCI cuenta con once (11) contratos, los cuales a la fecha tienen el secop con la totalidad de informes publicados.	
Implementación de acción correctiva 2.5 % (en el caso que si aplique)	1228 - Porcentaje de acciones de mejoramiento interno con seguimiento efectuado. <u>Medición: Trimestral</u> 1745 - Divulgación de información negativa. <u>Medición: Trimestral</u> 1746 - Divulgación de información positiva. <u>Medición: Semestral</u> 1745 - Presentación Extemporánea de Informes Reglamentarios <u>Medición: Trimestral</u> 1745 - Satisfacción que no corresponden a roles de la OCI. <u>Medición: Semestral</u>	100%		
Criterio 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. Relación 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.	1745 - Satisfacción que no corresponden a roles de la OCI. <u>Medición: Semestral</u>	100%		
Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCIÓN, carpeta de Medición.	1745 - Porcentaje de cumplimiento de los indicadores que no corresponden a roles de la OCI. <u>Medición: Semestral</u>	100%		
Utilidad del Indicador y la medición 5 %	1795 - Perdida de información. <u>Medición: Semestral</u>	100%	Se observó que los siete (7) indicadores están alineados frente a los objetivos del proceso y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones.	
Criterio de evaluación: Indicador establecido adecuado y alineado para controlar objetivos del proceso o parte de estos y/o aspecto relevante de la gestión de la dependencia, y que permita detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregir y prevenir. Este aspecto concreta el criterio 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.				
Calificación Indicadores de Gestión		10%		
B. CALIFICACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO		67%		
6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA:		CALIFICACION TOTAL VIGENCIA AÑO (A + B + C) 100%		
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 a mejorar sobre cada tema.				
1. Plan Operativo: Las metas programadas en la formulación del Plan Operativo vigencia 2025, todas las cumplieron de acuerdo con lo establecido en el presente informe.				
2. Gestión de primera linea de defensa: La Oficina tiene identificado y definido cinco (5) riesgos de gestión, y un (1) riesgo de corrupción al cierre de la vigencia, estos últimos sin materialización.				
3. Gestión del riesgo: Los controles fueron implementados de manera efectiva. No se materializó ningún riesgo.				
4. Indicadores de Gestión: Todos los indicadores cumplieron la meta.				
Así las cosas, de acuerdo con el resultado final de la evaluación 100%, ésta presentó una mejoría con respecto a la evaluación de la vigencia 2024 (98%); embargo, es importante que se tomen medidas correctivas sobre aquellos aspectos que no alcanzaron los resultados esperados.				
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:				
Plan operativo: Mantener las actividades que generan valor al proceso y por ende al Sistema de Control Interno.				
Indicadores de Gestión: Establecer medidas para asegurar el reporte de acuerdo con la periodicidad definida en las fichas técnicas.				
Atención a Entes de Control Externo: Diseñar, implementar y optimizar controles con el propósito de asegurar la atención en términos de todos los requerimientos de los entes externos de control.				
8. FECHA: 27/enero/2026				
9. FIRMA Revisó y aprobó: Rosalba Guzman Guzman - Jefe Oficina de Control Interno Elaboró: Pedro Antonio Guerrero Celis	 			