



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

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: Secretaría General Período evaluado: 01-ene-2025 al 31-dic-2025				
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:					
Área de Atención al Cliente, Quejas y Reclamos - Proceso: Gestión de Servicio a la Ciudadanía: Brindar información y atender los requerimientos de los grupos de valor y de interés de la entidad para responder a sus necesidades en cumplimiento de sus derechos.					
Área de Archivo y Correspondencia - Proceso: Gestión Documental: Administrar, conservar y custodiar la documentación generada en la entidad, desde su origen hasta su disposición final, para preservar la memoria institucional.					
2024 - 2027 Objetivo Estratégico: Fomentar la gestión del conocimiento, la innovación pública y la participación ciudadana, para el mejoramiento de la toma de decisiones y la generación de acciones por parte de nuestros grupos de valor.					
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			
5.1 PLAN OPERATIVO		33%			
VARIABLE A EVALUAR					
Criterio de Evaluación: Para el Plan Operativo, generación de valor agregado para efectos estratégicos de la dependencia y grado de cumplimiento. Como criterio para evaluar las actividades componentes, se tuvo en cuenta dos condiciones A) Si la actividad del Plan Operativo por su naturaleza para efectos estratégicos de la dependencia genera valor agregado (100 puntos), o lo genera parcialmente (50 puntos), o no lo genera (0 puntos), se marcó una solamente de las columnas, según lo pertinente. B) Se afectarán los anteriores puntajes por el grado o porcentaje de ejecución de la actividad generadora de valor agregado o parcialmente generadora, y el resultado arrojado, fue la cifra que se ubicó en columna de resultado. 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					
Plan Operativo No. 1 Secretaría General					
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad: Proyectar circular que imparte directrices administrativas y contractuales a que haya lugar. Meta: Proyección circular con directriz administrativa y contractual	x			100%	De acuerdo a la meta y teniendo en cuenta los procesos a cargo de la Secretaría General se proyectó una Circular: No. 20252000114433 , dando cumplimiento en el primer trimestre.
Actividad: Realizar una socialización a las áreas y dependencias del IDRD sobre la circular que imparte las directrices administrativas y contractuales a que haya lugar. Meta: Realizar socialización a las áreas y dependencias del IDRD sobre la circular que imparte las directrices administrativas y contractuales a que haya lugar.	x			100%	Se verifica el cumplimiento en el 2do. Trimestre mediante un Acta Reunión, Listado de asistencia, Correo Informativo Circular, Correo Comunidad, Infografía correo Comunidad.
Actividad: Reuniones de seguimiento entre concejo y entes de control Meta: Realizar reuniones de seguimiento con el equipo de relacionamiento de concejo y entes de control, para medir el balance de las acciones y mejorar la gestión oportuna	x			100%	Dando cumplimiento en el segundo trimestre a la Reunión 20-05-2025 con acta y listado de asistencia y en el 4to. Trimestre: Reunión 22-10-2025 con acta y listado de asistencia dando cumplimiento a su meta.
Actividad: Implementar Política del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo / SARLAFT Meta: Realizar acciones relacionadas con la implementación de la Política SARLAFT	x			100%	Fue realizado el documento tipo diagnóstico (Resolución 140 Adopción de Políticas: Política de Riesgos) en el primer trimestre y en el 3er período anexando pantallazos de una estrategia de socialización y difusión hacia la comunidad interna sobre SARLAFT. Cumpliendo la meta.
Plan Operativo No. 2 Área de Archivo y Correspondencia					
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 1: Realizar sensibilizaciones a las diferentes dependencias de la Entidad, en procesos técnicos de organización de archivos con aplicación de la TRD e inventarios documentales en el FUID, Transferencias Primaria, PGD, PINAR, SIC. Meta: Realizar dos (2) sensibilizaciones a las dependencias que producen documentos.	x			100%	Se da cumplimiento en cada trimestre demostrando sus actas de seguimiento y sensibilizaciones a cada área
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 2: Realizar una solicitud de eliminación de las copias de documentos. Meta: Realizar un (1) proceso de eliminación de documentos.	x			100%	La actividad se cumplió evidenciando que se aportó un valor agregado, al realizar la solicitud de eliminación tal como lo establece la actividad y la meta, y que el mismo fue aprobado para continuar trámite de gestión.
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 3: Realizar seguimiento a la organización del archivo de gestión de la Subdirección de Contratación del IDRD con aplicación de TRD, elaboración del inventario en el FUID, del período 2019 - 2023. Meta: Realizar un (1) cronograma y seguimiento trimestral a la organización de los archivos de Gestión de la Subdirección de Contratación del IDRD vigencias 2019 - 2023	x			100%	La actividad aportó valor agregado ya que culminó la organización con aplicación de TRD, FUID y transferencia de los contratos 2019. Se anexaron las actas de transferencia y seguimiento en cada trimestre.
Actividad 4: Realizar seguimiento a los archivos de Gestión en procesos técnicos requeridos en la aplicación de TRD y elaboración del inventario en el FUID, en cada puesto de trabajo. Meta: Realizar un (1) cronograma y seguimiento trimestral a la organización de los archivos de Gestión	x			100%	La actividad aportó valor agregado al proceso en cuanto a la gestión realizada por el área, toda vez se evidenció los seguimientos de los archivos de gestión aplicando la TRD y FUID, en los puestos de trabajo, lo que genera mayor confianza y transparencia en la gestión ejecutada.
Actividad 5: Actualizar procedimiento de Recepción de la Correspondencia Meta: Realizar la actualización de los documentos del Proceso de Gestión de la Correspondencia	x			100%	Se adjunta el procedimiento administración de correspondencia y la ruta de publicación en Isolución
Plan Operativo No. 3 Área de Atención al Cliente, Quejas y Reclamos					
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 1: Actualizar los documentos del proceso de Gestión de Servicio a la Ciudadanía Meta: Realizar la actualización de los documentos del Proceso de Gestión de Servicios a la Ciudadanía asociados a la gestión de las PQRDS	x			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor. Toda vez que dentro de la gestión se evidenció ajuste del formato único de peticiones. Adicionalmente, se presentó ajuste al procedimiento de GESTIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS Y/O SUGERENCIAS y se realizó la actualización del Manual de Servicio a la Ciudadanía, adjuntando el manual ajustado, como soporte del cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 2: Reuniones de seguimiento con las misiones Meta: Realizar reuniones de seguimiento al Plan de Contingencia para mejorar la gestión oportuna de las PQRDS, con las dependencias correspondientes	x			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor a la gestión realizada al seguimiento misional, adjuntando actas y listados de asistencia como soporte de cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 3: Realizar talleres y/o sensibilizaciones a las áreas y dependencias, para el cumplimiento de calidad y términos legales de respuesta a las PQRDS Meta: Realizar dos (3) Talleres y/o sensibilizaciones a las áreas y dependencias del IDRD, sobre calidad y términos legales de respuesta a las PQRDS	x			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor y dando cumplimiento de calidad y términos legales de respuesta a las PQRDS, adjuntando actas y listados de asistencia como soporte de cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 4: Realizar talleres a los Usuarios BTE de las Áreas o Dependencias, sobre el manejo de la plataforma Meta: Realizar dos (2) Talleres a los Usuarios BTE de las Áreas o Dependencias, sobre el manejo de la plataforma	x			100%	Concuerda con los anexos en 2do, 3er y 4to trimestre dando cumplimiento a la meta.
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 5: Socialización a través del correo electrónico comunidad IDRD, sobre información correspondiente a la gestión oportuna y de calidad a las PQRDS Meta: Realizar cuatro (4) socializaciones de información correspondiente a la gestión oportuna y de calidad a las PQRDS por medio de Comunidad IDRD	x			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor y dando cumplimiento en el 1er. Trimestre. Se divulgó por correo comunitad: "Criterios de calidad para la respuesta a una PORSO", en el 2do. Trimestre: "Carta de trato digno", en el 3er. Trimestre: "PORSO del primer semestre 2024" y en el 4to. Trimestre "Informe Proceso de Gestión a la Ciudadanía".
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 6: Generar informes de evaluación de los criterios calidad y oportunidad a las PQRDS Meta: Realizar doce (12) informes de evaluación y seguimiento de los criterios calidad y oportunidad a las PQRDS	x			100%	Se adjuntan informes mensuales y trimestrales de PQRSD dando así cumplimiento a la meta
Actividad 7: Actualizar los temas y subtemas en el Bogotá Te Escucha para la clasificación y gestión de las PORSO Meta: Realizar la actualización de los temas y subtemas asociados a la clasificación y gestión de las PQRDS	x			100%	Se da cumplimiento a la actualización en el segundo trimestre con Acta de Reunión, correo de soporte, pantallazo de temas y subtemas

A. CALIFICACIÓN PLAN OPERATIVO**5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

Gestión de primera línea 50 %

33%

67%

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).		100%	Una vez revisado el aplicativo ISOLUCIÓN, Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos de gestión con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un (1) control. Servicio al Ciudadano: cuatro (4) riesgos de gestión con diecisiete (17) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción. Los riesgos se encuentran identificados y diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.														
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.																	
Calificación Gestión de primera línea																	
Plan de Mejoramiento Institucional		20%															
Planes de Mejoramiento - peso porcentual 20% Criterio general de evaluación: Se prometió realizar el avance del conjunto de los planes de mejoramiento internos y externos a cargo de la dependencia.		100%	Planes de Mejoramiento Interno: Para la vigencia 2024 se evidenció: • Proceso Gestión Documental: Para la vigencia 2025, no se evidencian acciones ni planes de mejoramiento abiertos en el aplicativo Isolución. • Del proceso de Gestión de Servicio a la Ciudadanía se encuentra abierta una (1) acción de mejora correspondiente a la vigencia 2025, identificada con el número 202199, sobre la cual se evidencia seguimiento por parte del proceso y de la segunda línea de defensa, dando cumplimiento al plan de mejoramiento propuesto. • Plan de Mejoramiento Externo: Secretaría General, no cuenta con hallazgos abiertos o inefectivos dentro del plan de mejoramiento externo. Por lo anterior, se califica sobre el 100%.														
Planes de Mejoramiento Externos - PME peso porcentual 10% Criterio de evaluación: Número de acciones culminadas dentro de las fechas de compromiso estimada por la OCI y/o cerradas por el ente de Control, sobre el total de acciones a culminar en el periodo. Aplica para las acciones compartidas.		100%	Planes de Mejoramiento Externos - PME 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 un plan de mejoramiento, las cuales afectarán la calificación disminuyendo el resultado final en un 5% Fuente base de información: • Aplicativo ISOLUCIÓN • Informes de seguimiento de la OCI de los planes de mejoramiento interno y externos.														
Calificación Plan de Mejoramiento																	
Mapa de riesgos		15%	20%														
<table border="1"><thead><tr><th>DESCRIPCIÓN</th><th>INDICADOR</th><th>RESULTADO (%)</th><th>ANALISIS DE RESULTADOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>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: • Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2024</td><td>Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.</td><td>100%</td><td>Riesgos de gestión:Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un (1) control. Servicio al Ciudadano: cuatro (4) riesgos de gestión con diecisiete (17) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción. Los controles se encuentran diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.</td></tr><tr><td>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: • Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2024</td><td>Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.</td><td>86%</td><td>Riesgo de gestión: De acuerdo con el seguimiento de la OAP se materializó un riesgo asociado al proceso de Servicio a la Ciudadano Riesgo Corrupción: No se evidenció materialización de riesgo de Corrupción.</td></tr><tr><td>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.</td><td>Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.</td><td>100%</td><td>Durante la vigencia 2025, al proceso se le materializó el riesgo que identifica como causa la insuficiencia de personal de apoyo para dar cumplimiento a los tiempos establecidos en la verificación de perfiles, lo cual puede generar retrasos en la ejecución de la actividad. En atención a esta situación, se define como control la verificación periódica de la adecuada asignación de la tarea de revisión y validación de perfiles a otros integrantes del equipo humano del proceso de Servicio a la Ciudadana, cuando no se disponga del número requerido de funcionarios, con el propósito de asegurar el cumplimiento de los plazos, la eficiencia operativa y la continuidad del proceso.</td></tr></tbody></table>		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: • Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2024	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Riesgos de gestión:Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un (1) control. Servicio al Ciudadano: cuatro (4) riesgos de gestión con diecisiete (17) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción. Los controles se encuentran diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.	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: • Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2024	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	86%	Riesgo de gestión: De acuerdo con el seguimiento de la OAP se materializó un riesgo asociado al proceso de Servicio a la Ciudadano Riesgo Corrupción: No se evidenció materialización de riesgo de Corrupción.	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 proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Durante la vigencia 2025, al proceso se le materializó el riesgo que identifica como causa la insuficiencia de personal de apoyo para dar cumplimiento a los tiempos establecidos en la verificación de perfiles, lo cual puede generar retrasos en la ejecución de la actividad. En atención a esta situación, se define como control la verificación periódica de la adecuada asignación de la tarea de revisión y validación de perfiles a otros integrantes del equipo humano del proceso de Servicio a la Ciudadana, cuando no se disponga del número requerido de funcionarios, con el propósito de asegurar el cumplimiento de los plazos, la eficiencia operativa y la continuidad del proceso.
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: • Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2024	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Riesgos de gestión:Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un (1) control. Servicio al Ciudadano: cuatro (4) riesgos de gestión con diecisiete (17) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción. Los controles se encuentran diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.														
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: • Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2024	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	86%	Riesgo de gestión: De acuerdo con el seguimiento de la OAP se materializó un riesgo asociado al proceso de Servicio a la Ciudadano Riesgo Corrupción: No se evidenció materialización de riesgo de Corrupción.														
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 proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Durante la vigencia 2025, al proceso se le materializó el riesgo que identifica como causa la insuficiencia de personal de apoyo para dar cumplimiento a los tiempos establecidos en la verificación de perfiles, lo cual puede generar retrasos en la ejecución de la actividad. En atención a esta situación, se define como control la verificación periódica de la adecuada asignación de la tarea de revisión y validación de perfiles a otros integrantes del equipo humano del proceso de Servicio a la Ciudadana, cuando no se disponga del número requerido de funcionarios, con el propósito de asegurar el cumplimiento de los plazos, la eficiencia operativa y la continuidad del proceso.														
Calificación Mapa de Riesgos																	
Indicadores		19%															
<table border="1"><thead><tr><th>DESCRIPCIÓN</th><th>INDICADOR</th><th>RESULTADO (%)</th><th>ANALISIS DE RESULTADOS</th></tr></thead><tbody><tr><td>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.</td><td>Indicadores asociados al proceso de gestión al Gestión de Servicio a la ciudadanía: 1712 Alertas preventivas: Medición: mensual 1711 Gestión del correo electrónico: Medición: mensual 1710 Interfaz entre sistemas de información: Medición: mensual 1709 Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. Medición: mensual 1708 Porcentaje de peticiones atendidas correctamente en Bogotá Te Escucha Mensual 1707 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual 1481 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual 1483 Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad:Medición: mensual 1706 Publicaciones realizadas en el link de transparencia. Medición: Bimestral</td><td>100%</td><td>Los procesos Asociados a la Secretaría General cuentan con un total de 16 indicadores, de los cuales (1) no cumple con la meta establecida. Por lo que, de acuerdo con el PROCEDIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN DE PROCESO, se debe tener en cuenta el lineamiento general respecto que por "incumplimiento de un indicador" se debe evaluar la necesidad de establecer una acción correctiva. En ISOLUCIÓN se evidenció el incumplimiento del indicador: 1481, asociados al Proceso del Servicio al Ciudadano, que no registran acciones correctivas. Indicadores asociados al proceso de Gestión de la Ciudadanía:</td></tr><tr><td>Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que se 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 pertinente. 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.</td><td>1713 Respuesta Oportuna de PQGRDS: Medición: mensual 1251 Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCASES: Medición: mensual 1708 Cantidad de información recibida por el proceso:Medición: Mensual 1789 Expedientes virtuales actualizados:Medición: Mensual</td><td>81%</td><td>1712 Alertas preventivas: Medición: mensual Para la vigencia 2025, se evidenció reporte de NO cumplimiento de la meta. 1711 Gestión del correo electrónico: Medición: mensual. Se reportó seguimiento de los meses de febrero a diciembre. 1710 Interfaz entre sistemas de información: Medición: mensual. Se reportó seguimiento de los meses de febrero a diciembre. 1709. Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. Medición: mensual. El aplicativo reporta UN NO cumplimiento de la meta de acuerdo con la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que se hubo un aumento de la tasa de cumplimiento desde febrero a diciembre. 1481. Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual. De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que NO se cumple con la meta establecida. 1483. Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad:Medición: mensual. De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que NO se cumple con la meta establecida. 1706 publicaciones realizadas en el link de transparencia. Medición: bimestral De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó el reporte de cuatro mediciones. Se evidenció cumplimiento de la Meta. 1713 respuesta Oportuna de PQGRDS: Medición: mensual De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumplió con la periodicidad establecida para la medición. 1251 Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCASES: Medición: mensual De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó informe de reporte de los meses febrero a diciembre de 2025. Se evidenció cumplimiento de la meta. 1708 Cantidad de información recibida por el proceso:Medición: Mensual. Se evidenció reporte de julio a diciembre reportando el aplicativo que el indicador cumple la meta 1789 Expedientes virtuales actualizados:Medición: Mensual. Se evidenció reporte de julio a diciembre reportando el aplicativo que el indicador cumple la meta Indicadores asociados al proceso de gestión documental:</td></tr><tr><td>Utilidad del Indicador y la medición 5 % 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 permite detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregirlas y prevenirlas. Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia.</td><td>Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.</td><td>100%</td><td>Se observó que los indicadores están alineados frente a los objetivos de los procesos y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones, pero hubo un indicador que no cumplió con la meta respecto de lo reportado en ISOLUCIÓN.</td></tr></tbody></table>		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.	Indicadores asociados al proceso de gestión al Gestión de Servicio a la ciudadanía: 1712 Alertas preventivas: Medición: mensual 1711 Gestión del correo electrónico: Medición: mensual 1710 Interfaz entre sistemas de información: Medición: mensual 1709 Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. Medición: mensual 1708 Porcentaje de peticiones atendidas correctamente en Bogotá Te Escucha Mensual 1707 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual 1481 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual 1483 Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad:Medición: mensual 1706 Publicaciones realizadas en el link de transparencia. Medición: Bimestral	100%	Los procesos Asociados a la Secretaría General cuentan con un total de 16 indicadores, de los cuales (1) no cumple con la meta establecida. Por lo que, de acuerdo con el PROCEDIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN DE PROCESO, se debe tener en cuenta el lineamiento general respecto que por "incumplimiento de un indicador" se debe evaluar la necesidad de establecer una acción correctiva. En ISOLUCIÓN se evidenció el incumplimiento del indicador: 1481, asociados al Proceso del Servicio al Ciudadano, que no registran acciones correctivas. Indicadores asociados al proceso de Gestión de la Ciudadanía:	Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que se 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 pertinente. 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.	1713 Respuesta Oportuna de PQGRDS: Medición: mensual 1251 Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCASES: Medición: mensual 1708 Cantidad de información recibida por el proceso:Medición: Mensual 1789 Expedientes virtuales actualizados:Medición: Mensual	81%	1712 Alertas preventivas: Medición: mensual Para la vigencia 2025, se evidenció reporte de NO cumplimiento de la meta. 1711 Gestión del correo electrónico: Medición: mensual. Se reportó seguimiento de los meses de febrero a diciembre. 1710 Interfaz entre sistemas de información: Medición: mensual. Se reportó seguimiento de los meses de febrero a diciembre. 1709. Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. Medición: mensual. El aplicativo reporta UN NO cumplimiento de la meta de acuerdo con la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que se hubo un aumento de la tasa de cumplimiento desde febrero a diciembre. 1481. Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual. De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que NO se cumple con la meta establecida. 1483. Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad:Medición: mensual. De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que NO se cumple con la meta establecida. 1706 publicaciones realizadas en el link de transparencia. Medición: bimestral De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó el reporte de cuatro mediciones. Se evidenció cumplimiento de la Meta. 1713 respuesta Oportuna de PQGRDS: Medición: mensual De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumplió con la periodicidad establecida para la medición. 1251 Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCASES: Medición: mensual De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó informe de reporte de los meses febrero a diciembre de 2025. Se evidenció cumplimiento de la meta. 1708 Cantidad de información recibida por el proceso:Medición: Mensual. Se evidenció reporte de julio a diciembre reportando el aplicativo que el indicador cumple la meta 1789 Expedientes virtuales actualizados:Medición: Mensual. Se evidenció reporte de julio a diciembre reportando el aplicativo que el indicador cumple la meta Indicadores asociados al proceso de gestión documental:	Utilidad del Indicador y la medición 5 % 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 permite detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregirlas y prevenirlas. Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia.	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Se observó que los indicadores están alineados frente a los objetivos de los procesos y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones, pero hubo un indicador que no cumplió con la meta respecto de lo reportado en ISOLUCIÓN.
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.	Indicadores asociados al proceso de gestión al Gestión de Servicio a la ciudadanía: 1712 Alertas preventivas: Medición: mensual 1711 Gestión del correo electrónico: Medición: mensual 1710 Interfaz entre sistemas de información: Medición: mensual 1709 Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. Medición: mensual 1708 Porcentaje de peticiones atendidas correctamente en Bogotá Te Escucha Mensual 1707 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual 1481 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual 1483 Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad:Medición: mensual 1706 Publicaciones realizadas en el link de transparencia. Medición: Bimestral	100%	Los procesos Asociados a la Secretaría General cuentan con un total de 16 indicadores, de los cuales (1) no cumple con la meta establecida. Por lo que, de acuerdo con el PROCEDIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN DE PROCESO, se debe tener en cuenta el lineamiento general respecto que por "incumplimiento de un indicador" se debe evaluar la necesidad de establecer una acción correctiva. En ISOLUCIÓN se evidenció el incumplimiento del indicador: 1481, asociados al Proceso del Servicio al Ciudadano, que no registran acciones correctivas. Indicadores asociados al proceso de Gestión de la Ciudadanía:														
Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que se 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 pertinente. 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.	1713 Respuesta Oportuna de PQGRDS: Medición: mensual 1251 Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCASES: Medición: mensual 1708 Cantidad de información recibida por el proceso:Medición: Mensual 1789 Expedientes virtuales actualizados:Medición: Mensual	81%	1712 Alertas preventivas: Medición: mensual Para la vigencia 2025, se evidenció reporte de NO cumplimiento de la meta. 1711 Gestión del correo electrónico: Medición: mensual. Se reportó seguimiento de los meses de febrero a diciembre. 1710 Interfaz entre sistemas de información: Medición: mensual. Se reportó seguimiento de los meses de febrero a diciembre. 1709. Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. Medición: mensual. El aplicativo reporta UN NO cumplimiento de la meta de acuerdo con la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que se hubo un aumento de la tasa de cumplimiento desde febrero a diciembre. 1481. Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes:Medición: mensual. De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que NO se cumple con la meta establecida. 1483. Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad:Medición: mensual. De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que NO se cumple con la meta establecida. 1706 publicaciones realizadas en el link de transparencia. Medición: bimestral De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó el reporte de cuatro mediciones. Se evidenció cumplimiento de la Meta. 1713 respuesta Oportuna de PQGRDS: Medición: mensual De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumplió con la periodicidad establecida para la medición. 1251 Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCASES: Medición: mensual De la información registrada en ISOLUCIÓN, se observó informe de reporte de los meses febrero a diciembre de 2025. Se evidenció cumplimiento de la meta. 1708 Cantidad de información recibida por el proceso:Medición: Mensual. Se evidenció reporte de julio a diciembre reportando el aplicativo que el indicador cumple la meta 1789 Expedientes virtuales actualizados:Medición: Mensual. Se evidenció reporte de julio a diciembre reportando el aplicativo que el indicador cumple la meta Indicadores asociados al proceso de gestión documental:														
Utilidad del Indicador y la medición 5 % 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 permite detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregirlas y prevenirlas. Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia.	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Se observó que los indicadores están alineados frente a los objetivos de los procesos y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones, pero hubo un indicador que no cumplió con la meta respecto de lo reportado en ISOLUCIÓN.														
Calificación Indicadores de Gestión																	
B. CALIFICACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO		66%															
6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA:																	
1. Plan operativo: De las (16) metas, se reportó seguimiento a las actividades programadas observando que (3) no cumplen las metas y actividades reportadas.																	
2. Gestión de primera línea de defensa: La Secretaría General, tiene (2) procesos asociados: Gestión Documental y Servicio al Ciudadano, los cuales cuentan con mapas de riesgos de gestión y corrupción de conformidad con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.																	
3. Gestión de mejoramiento institucional: La evaluación se calificó sobre 100% teniendo en cuenta que existe una acción pendiente de siete (7) por elaboración del Plan de Mejoramiento Interno sin embargo se encuentra en términos para su ejecución.																	
4. Gestión del riesgo: La Secretaría General no cuenta con riesgos materializados para esta vigencia de evaluación																	
5. Indicadores: En la verificación en ISOLUCIÓN, se evidenció el incumplimiento de 3 metas asociadas a la gestión de servicio a la ciudadanía las demás se cumplieron o quedó el indicador igual a la meta. Así las cosas, de acuerdo con el resultado final de la evaluación (99%), ésta subió, respecto a la evaluación de la vigencia 2023 (96%). Se recomienda, se tomen medidas correctivas sobre aquellos aspectos que no alcanzaron los resultados esperados																	
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:																	
1. Plan operativo: Mantener el cumplimiento de las metas establecidas en cada actividad.																	
2. Plan de mejoramiento institucional: Elaborar el Plan de Mejoramiento Interno pendiente para el proceso de Gestión Documental.																	
3. Gestión del riesgo: Mantener los controles definidos, los cuales permiten fortalecer la gestión y evitar materialización de los riesgos.																	
4. Indicadores: Revisar el seguimiento adelantado a cada uno de los indicadores reportados para generar así el cumplimiento efectivo en cada uno de ellos con la periodicidad establecida.																	
8. FECHA: 29 de Enero de 2026																	
9. FIRMA:	Revisó y aprobó: Rosalba Guzman Guzman - Jefe Oficina de Control Interno Elaboró: Pedro Antonio Guerrero Celis - Profesional Especializado																